

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Gestão e Administração dos Serviços de Saúde

**ESTUDO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE
RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA DO ALENTEJO CENTRAL
- PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Élia de Fátima Janes Quintas

Nº3919

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora/Lisboa, Março, 2011

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Gestão e Administração dos Serviços de Saúde

**ESTUDO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE
RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA DO ALENTEJO CENTRAL
- PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Élia de Fátima Janes Quintas

Nº3919

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora/Lisboa, Março, 2011

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Carlos Silva, pelo minucioso “olhar” que tem sobre a investigação e pelas sábias dicas transmitidas.

À Cláudia, à Mónica, à Inês, à Marisa, à Dr^a Carmo, à Rosa, à Sílvia, ao António, ao João e ao Cadete, pela amizade.

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo geral descrever e examinar a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética (Distrito de Évora) sob o ponto de vista da satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II (ARSA, I.P.) que realizaram Consulta de Rastreio. Para o desenvolvimento da pesquisa criou-se um modelo de investigação baseado em pressupostos interdisciplinares existentes na área de estudo das relações entre os atributos da (percepção) qualidade e da satisfação dos actores individuais e colectivos.

A nível metodológico optou-se por um estudo transversal, descritivo e correlacional, recorrendo-se ao inquérito por questionário para a recolha indirecta de dados, cuja concepção se baseou numa adaptação da escala SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992; 1994) e das dimensões do modelo original SERVQUAL (PZB, 1985; 1988), tal como do modelo HQual (Silva *et al.*, 2009) aplicado em contexto hospitalar (*Estudo da Qualidade percebida e Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.*)

O estudo incidiu sobre uma amostra não probabilística (não intencional) de 357 utentes diabéticos da Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio durante o primeiro ciclo distrital de actividade da Unidade (Novembro de 2006 a Julho de 2008). A distribuição dos inquéritos pelos 14 Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II fez-se proporcionalmente, de acordo com a percentagem de presenças na Consulta da Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética.

O protocolo de tratamento dos dados teve em conta os objectivos específicos da investigação (e questões orientadoras associadas), incidindo na análise descritiva, uni, bi e multivariada. Os dados recolhidos foram tratados via *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18, cujos resultados evidenciaram uma consistência interna da escala do modelo aplicado muito boa (*Alpha Cronbach* de 0,936), variando os valores das sub-dimensões factoriais entre 0.853 e 0.960. Os factores extraídos via análise factorial, pela análise das componentes principais, permitiram identificar as linhas centrais de um modelo global para o serviço estudado, cuja sujeição a análise de regressão múltipla traduziu numa matriz mais restrita de aspectos influenciadores da satisfação dos utentes diabéticos quanto à qualidade organizacional desse. Os resultados apontam igualmente uma correlação forte entre a satisfação e a qualidade percebida pelos utentes.

Em resumo, atingiram-se os objectivos principais do estudo com a validação de um modelo de análise da satisfação/qualidade percebida pelos utentes da Unidade de Rastreio e com a análise das percepções desses mesmos utentes no que concerne à avaliação da qualidade do serviço vivenciado. De acordo com os resultados é proposta uma Intervenção Sócio-Organizacional de cariz comunitário no âmbito do desempenho dos profissionais relacionados com o contexto em estudo, cujo quadro teórico-metodológico assenta nas noções de capacitação e segurança dos utentes diabéticos da Unidade de Rastreio.

Palavras-Chave: Qualidade, Satisfação, SERVPERF, Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética

Study of Organizational Quality of Diabetic Retinopathy Screening Unit In Central Alentejo - Communitary Intervention Project on Health Care

ABSTRACT

The object of the present study is to describe and analyse the organizational quality of *Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética* (Systematic Diagnosis and Diabetic Retinopathy Treatment Screening Unit) (Évora District) considering whether the diabetic patients of ACES Alentejo Central I e II (ARSA, I.P.) that attended the Screening Visit are satisfied with such services and support.

In order to develop such research, it was created a research model based on interdisciplinary assumptions existing in the area encompassing the study of relationships between quality properties (perception) and individual and collective fulfilment of the actors.

At a methodological level, it was decided for a cross-sectioned, descriptive and correlation study, having applied a survey questionnaire for collecting indirect data based on an adaptation of the scale SERVPERF (Cronin and Taylor, 1992, 1994) and of the dimensions from the original SERVQUAL (PZB, 1985, 1988), as well as the model HQual (Silva et al., 2009), applied in a hospital environment (*Estudo da Qualidade percebida e Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.*).

The study is focused on a non-probabilistic sample (unintentional) of 357 diabetic patients from the Diabetic Retinopathy Screening Unit of *ACES do Alentejo Central I e II* who participated in the Screening Visit during the first district activity cycle of the Unit (from November 2006 to July 2008). The surveys distribution by the 14 Health Care Centers of ACES of Alentejo Central I and II was carried out in a proportional manner, according to the attendance percentage at the Diabetic Retinopathy Screening Unit.

Data treatment protocol considered the specific objectives of such investigation (and oriented-questions associated thereto), focused on the descriptive, uni, bi and multivariate analysis. The data collected was treated via *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18, and the results registered a very good internal consistency of the model's scale applied (*Alpha Cronbach* of 0.936), with a variation of the values of sub-dimensional factors between 0.853 and 0.960. The factors obtained via facto analysis, by means of the main components' analysis, allowed us to identify the five central lines (five dimensions) of a global model to the studied service. Those factors were subject to a multiple regression analysis that revealed into a more restrict matrix composed of three aspects (three dimensions) which significantly influenced the diabetic patients global fulfilment in what regards organizational quality and the context in question. The results also indicate a strong correlation between fulfilment and quality as regards the patients' point of view.

Briefly, the main objectives of the study were achieved, following validation by an analysis model of satisfaction/quality considering the opinion of the patients' who attended the Screening Unit as well as the perception analysis of such patients regarding the quality and services rendered assessment. In accordance with such results, it was proposed a Social-Organizational Intervention within the performance of the professionals operating in the context in above, and which theoretical and methodological scheme is based on the capability perception and safety of the Screening Unit diabetic patients.

Key-words: Quality, Satisfaction, SERVPERF, Diabetic Rethinopatý Screening Unit.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	V
Resumo	VI
Abstract	VII
Índice Geral	VIII
Índice de Esquemas	XII
Índice de Gráficos	XIII
Índice de Quadros	XIV
Índice de Tabelas	XV
Siglas e Abreviaturas	XIX
Introdução	1
<u>Parte I – ASPECTOS TEÓRICOS</u>	5
1. Qualidade	7
1.1. Qualidade em Saúde	9
1.1.1. Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde	10
1.1.2. Evolução do Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde – breve perspectiva histórica	16
1.1.3. Qualidade nos Serviços de Saúde – o trajecto português	19
1.1.4. Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde	25
1.1.5. Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários	32
2. Satisfação	39
2.1. A Satisfação do Utente enquanto consumidor de Serviços de Saúde	41
2.2. A Satisfação dos Utentes e a sua percepção de Equidade	46
3. Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	49
3.1. Linhas de Acção Prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários	52

3.2. Plano Estratégico 2007-2009	53
3.3. Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	57
4. Modelos de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde	61
4.1. Instrumento SERVQUAL (Modelo GAP)	63
4.2. Instrumento SERVPERF	66
4.3. SERVQUAL/SERVPERF e outros Instrumentos de Medida da Qualidade dos Serviços	67
4.4. Adaptação dos Modelos SERVQUAL e SERVPERF ao Contexto dos Serviços de Saúde	71
5. Caracterização do Contexto do Estudo	75
5.1. Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética nos ACES do Alentejo Central I e II	75
5.1.1. ACES do Alentejo Central I e II (ARSA, I.P.) – Actividade da Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética	76
5.1.2. Unidades de Acção Intervenientes no DSTRD – ACES do Alentejo Central I e II	80
5.2. Números da Diabetes <i>Mellitus</i> no Alentejo Central	91
<u>Parte II – ESTUDO EMPÍRICO</u>	93
6. Metodologia do Estudo	95
6.1. Considerações Preliminares	95
6.2. Problemática do Estudo	95
6.3. Pertinência do Estudo	96
6.4. Paradigma do Estudo	98
6.5. Unidade de Análise	99
6.6. Formulação do Problema – Questão de Investigação	100
6.7. Objectivos	100
6.7.1 Objectivo Geral.	101
6.7.2. Objectivos Específicos	101
6.8. Questões Orientadoras	101
6.9. Dimensões do Estudo	102
6.10. Definição da População e Selecção da Amostra	103
6.11. Processo de Recolha Dados	104
6.11.1. Questionário – Piloto	109
6.11.2. Aplicação do Questionário	109

7. Tratamento dos Dados	111
7.1. Classificação “não aplicável”	111
7.2. Validação da Escala – Pré-Teste.....	111
7.2.1. Fiabilidade da Escala – Pré-Teste.....	112
7.2.2. Validade da Escala – Pré-Teste	114
7.2.2.1. Validade Convergente – Pré-Teste	115
7.2.2.2. Validade Discriminante – Pré-Teste	117
8. Análise e Discussão dos Resultados	119
8.1. Questionário de Satisfação para Utentes – Descrição das características da amostra.....	120
8.1.1. Caracterização Pessoal	120
8.1.2. Factores Relativos à Consulta de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II	123
8.1.3. Valores Relativos à Consulta de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II	127
8.1.4. Opinião relacionada com a Terapêutica direccionada para a RD	128
8.2. Questionário de Satisfação para os Utentes – Análise das variáveis que compõem a Escala SERVPERF, o aspecto particular e os aspectos gerais.....	130
8.2.1. Estudo das Dimensões da Escala SERVPERF e seus Atributos.....	131
8.2.1.1. Fiabilidade do Instrumento – Análise Pós-Factorial.....	139
8.2.1.2. Validade do Instrumento – Análise Pós-Factorial	141
8.2.1.3. Atributos da Qualidade das Dimensões da Escala SERVPERF – Teste de Friedman	146
8.2.2. Estudo das Factores subjacentes à Satisfação dos Utentes	146
8.2.2.1. Análise de Regressão Linear Múltipla – Dimensões Pós-Factorial.....	147
8.2.2.2. Análise de Regressão Linear Múltipla – Variáveis observáveis da Escala SERVPERF	154
8.2.3. Análise da influência da Variável Demográfica e das Características Biográficas dos Utentes Inquiridos no seu Grau de Satisfação relativamente à Consulta de Rastreio	160
8.2.3.1. Idade.....	161
8.2.3.2. Sexo	163
8.2.3.3. Grau de Ensino que está a frequentar ou frequentou.....	165
8.2.3.4. Centro de Saúde (de Origem)	167
9. Conclusões Finais e Recomendações	171
9.1. O Modelo de Análise	171
9.1.1. Pré-Teste	172

9.1.2. Estudo Final	173
9.2. Valorização da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II	175
9.3. Percepção da Qualidade Organizacional da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II e Sugestões de Melhoria.....	178
9.4. Prospostas de Investigações Futuras.....	183
9.5. Aspectos Importantes do DSTRD enquanto Projecto de Intervenção Comunitária em Saúde da Visão	184
10. Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional	189
I. Introdução	190
II. Aplicação Prática.....	190
III. Metodologia de Trabalho.....	191
IV. Promoção, Informação e Divulgação do Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional	193
V. Formação.....	195
VI. Investigação.....	196
VII. Conclusão.....	201
Bibliografia.....	203
Apêndice I.....	219
Apêndice II.....	233
Apêndice III.....	241
Apêndice IV	245
Apêndice V	247
Apêndice VI	253
Apêndice VII	257
Apêndice VIII	257
Apêndice IX	259

ÍNDICE DE ESQUEMA

Esquema 1.1. Componentes para Avaliação da Qualidade dos Serviços prestados nas Organizações de Saúde	27
Esquema 2.2. Componentes da Satisfação	40
Esquema 3.1. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários na Reestruturação da Administração Central.....	52
Esquema 3.2. Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários – ACES.....	57
Esquema 4.1. Modelo “GAP” da Qualidade dos Serviços.....	64
Esquema 4.2. Dimensões da Qualidade dos Serviços posicionadas no Triângulo do Serviço de <i>Haywood-Farmer</i> (posição da Medicina Nuclear).....	65
Esquema 4.3. Qualidade do Serviço conceituada por PZB e examinada por Cronin e Taylor	69
Esquema 5.1. Representação das Entidades Intervenientes no DSTRD – Alentejo Central.....	80
Esquema 5.2. Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética no Alentejo Central – circuito dos utentes diabéticos.....	88
Esquema 6.1. Universo, População e Amostra.....	103
Esquema 9.1. Posição do Serviço da Unidade de Rastreio (Ortótica)/CSP/Intervenção Comunitária no Triângulo do Serviço de <i>Haywood-Farmer</i>	177

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 8.1. Distribuição dos utentes por sexo	120
Gráfico 8.2. Distribuição dos utentes por grupo etário.....	121
Gráfico 8.3. Distribuição dos utentes por estado civil	122
Gráfico 8.4. Gráfico Linearidade (pós-factorial).....	152
Gráfico 8.5. Gráfico <i>Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual</i>	152
Gráfico 8.6. Histograma	152

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 8.1. Síntese das Etapas da Análise de Resultados	119
Quadro 8.2. Variáveis do Primeiro Factor	134
Quadro 8.3. Variáveis do Segundo Factor	135
Quadro 8.4. Variáveis do Terceiro Factor	136
Quadro 8.5. Variáveis do Quarto Factor.....	136
Quadro 8.6. Variáveis do Quinto Factor	136
Quadro 10.1. Matriz de Enquadramento Lógico.....	192

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1. Definições de Qualidade de Serviço.....	15
Tabela 1.2. Entidades importantes no desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal	22
Tabela 1.3. Procedimentos importantes no desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal	23
Tabela 2.1. Díntese dos Estudos da Avaliação da Satisfação dos Utentes em Portugal.	45
Tabela 4.1. Análise de Regressão	70
Tabela 4.2. Síntese das Modificações do Instrumento de Análise	72
Tabela 5.1. Centros de Saúde do ACES do Alentejo Central I e Extensões de Saúde associadas.....	76
Tabela 5.2. Centros de Saúde do ACES do Alentejo Central II e Extensões de Saúde associadas.....	77
Tabela 5.3. Unidades Intervenientes no DSTRD – Alentejo Central.....	81
Tabela 5.4. Folha de Registo Diário da Unidade de Rastreio.....	83
Tabela 5.5. Folha de Registo Diário da Unidade de Rastreio – Centro de Referência ..	84
Tabela 5.6. Números da Diabetes <i>Mellitus</i> no Alentejo Central.....	91
Tabela 6.1. Dimensões e Atributos Principais – Características	102
Tabela 6.2. Itens dos Aspectos Particular e Gerais.....	107
Tabela 6.3. Distribuição dos Questionários por Centro de Saúde	110
Tabela 7.1. Classificação do <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>	112
Tabela 7.2. Coeficientes <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> Pré-Teste – Escala SERVPERF	114

Tabela 7.3. Validade Convergente Pré Teste–Total das Variáveis/Qual_Sat_Geral .	116
Tabela 7.4. Validade Convergente Pré-Teste – Dimensões.....	116
Tabela 7.5. Validade Discriminante Pré-Teste – Total das Variáveis	117
Tabela 7.6. Validade Discriminante Pré-Teste – Qual_Sat_Geral.....	117
Tabela 7.7. Validade Discriminante Pré-Teste – Dimensões.....	118
Tabela 8.1. Distribuição dos utentes por idade	121
Tabela 8.2. Distribuição dos utentes por ano que está a frequentar ou frequentou...	122
Tabela 8.3. Distribuição dos utentes por situação profissional	123
Tabela 8.4. Distribuição dos inquiridos segundo as vias pelas quais tiveram conhecimento do rastreio.....	124
Tabela 8.5. Distribuição dos inquiridos segundo os diferentes meios de convocatória para o rastreio.....	125
Tabela 8.6. Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento que têm sobre a doença que se pretende despistar na consulta de rastreio	125
Tabela 8.7. Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento que têm sobre o tratamento associado à RD.....	126
Tabela 8.8. Distribuição dos inquiridos segundo o meio que utilizaram para se deslocar ao Centro de Saúde com o fim de realizar a consulta de rastreio	126
Tabela 8.9. Distribuição dos inquiridos de acordo com a importância que atribuem à acção de rastreio	128
Tabela 8.10. Distribuição dos inquiridos de acordo com a opinião sobre o tipo de tratamento que é mais adequado à RD	129
Tabela 8.11. Distribuição dos inquiridos de acordo com a opinião sobre o tipo de tratamento que é mais adequado à RD – opção “Outro. Qual?”	129

Tabela 8.12. Estatísticas–Escala SERVPERF, Aspecto Particular e Aspectos Gerais....	131
Tabela 8.13. Teste KMO e Teste de <i>Bartlett</i>	133
Tabela 8.14. Nomeação dos Factores	138
Tabela 8.15. Coeficientes <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> das Novas Dimensões das Variáveis da Escala SERVPERF.....	140
Tabela 8.16. Validade Convergente Pós-Factorial – Qual_Sat_Geral/Total das Variáveis.....	141
Tabela 8.17. Validade Convergente Pós-Factorial – Dimensões	142
Tabela 8.18. Validade Discriminante Pós-Factorial – Total das Variáveis	143
Tabela 8.19. Validade Discriminante Pós-Factorial – Qual_Sat_Geral.....	143
Tabela 8.20. Validade Discriminante Pós-Factorial – Dimensões	144
Tabela 8.21. Atributos das Dimensões da Escala SERVPERF	146
Tabela 8.22. Estatísticas de Teste – Teste de <i>Friedman</i>	146
Tabelas 8.23., 8.24. e 8.25. Modelo de Regressão (pós factorial) sobre a Variável Qual_Sat_Geral.....	149
Tabela 8.26. Modelo de Regressão (pós factorial) sobre a Variável Qual_Sat_Geral – Colinearidade	153
Tabela 8.27., 8.28. e 8.29. Modelo de Regressão assente em todas as Variáveis observáveis da Escala SERVPRF sobre a Variável Qual_Sat_Geral.....	155
Tabela 8.30. Modelo de Regressão assente em todas as Variáveis observáveis da Escala SERVPRF sobre a Variável Qual_Sat_Geral – Colinearidade.....	159
Tabela 8.31. Estatísticas de Teste (total das variáveis/sQual_Sat_Geral)	161
Tabela 8.32. Correlações <i>Spearman's rho</i> – Grupos Etários/Total_Variáveis	162

Tabela 8.33. Correlações <i>Spearman's rho</i> – Grupos Etários/Qual_Sat_Geral	162
Tabela 8.34. Correlações <i>Pearson</i> - Idade/ Total_Variáveis	163
Tabela 8.35. Correlações <i>Pearson</i> – Idade/Qual_Sat_Geral.....	163
Tabela 8.36. Estatísticas de Teste Sexo/Dimensões – <i>Mann Whitney e Wilcoxon</i>	164
Tabela 8.37. Estatísticas de Teste Sexo/Total_Variáveis.....	164
Tabela 8.38. Estatísticas de Teste Sexo/Qual_Sat_Geral.....	164
Tabela 8.39. Estatísticas de Teste Grau de Ensino que frequentou ou está a frequentar/Dimensões – <i>Kruskal-Wallis</i>	165
Tabela 8.40. Correlações <i>Pearson</i> - Grau de Ensino que está a frequentou ou está a frequentar /Qual_Sat_Geral	166
Tabela 8.41. Correlações <i>Pearson</i> - Grau de Ensino que está a frequentou ou está a frequentar /Total_Variáveis	166
Tabelas 8.42. Estatísticas das Correlações com o Grau de Ensino que está a frequentou ou está a frequentar (média e mediana)	166
Tabela 8.43. Estatísticas de Teste Centro de Saúde/Dimensões – <i>Kruskal-Wallis</i> ...	167
Tabela 8.44. Valor atribuído aos factores pelos inquiridos por Centro de Saúde	168
Tabela 9.1. Principais atributos da Qualidade de Serviço da Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II	175

SIGLAS E ABREVIATURAS

AATS – Agência de Avaliação e Tecnologias da Saúde

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AGJ - Anomalia da Glicémia em Jejum

APMCG - Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

APQ - Associação Portuguesa da Qualidade

ARS's – Administrações Regionais de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CNQS - Conselho Nacional da Qualidade na Saúde

CNA - Comissão Nacional de Acreditação

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CWQC - *Company Wide Quality Control*

DGCG – Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas

DGAP - Direcção Geral da Administração Pública

DGCSP - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DSTRD – Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

EUA – Estados Unidos da América

IAAE - Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência

IAAEQ – Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade

IAAQ - Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade

IDF – International Diabetes Federation

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISO - *International Organization for Standardization*

JIT - *Just In Time*

KFHQS - *King's Fund Health Quality System*

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MoniQuor CS - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde

NUTS - Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial De Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Serviços de Saúde

PDCA – *Plan Do Check Act*

PNS 2004-2010 – Plano Nacional de Saúde 2004-2010

PZB - *Parasuraman, Zeithaml e Berry*

QCA - Quadro Comunitário de Apoio

QFD - *Quality Function Deployment*

RD – Retinopatia Diabética

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TDG - Tolerância Diminuída à Glicose

TQM - *Total Quality Management*

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WONCA - *World Organization of Family Doctors*

INTRODUÇÃO

A presente dissertação subordinada ao título “Intervenção Comunitária em Saúde – o caso da Retinopatia Diabética no Alentejo Central” foi realizada conducente ao grau de Mestre no âmbito do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

“Um mundo com qualidade é aquilo que todos desejamos nas e para as nossas vidas” (Silva, 2010: 13). A necessidade de um «sistema de qualidade» também na saúde foi identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985 e explicitada na declaração “Saúde para todos no ano 2000” (Biscaia, 2002 – cit. Sousa, 2010). A preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos serviços faz hoje em dia, e cada vez mais, parte da agenda de acção dos Governos (Diniz, 2010), mas também do quadro de valores das unidades de saúde, dos profissionais de saúde e dos próprios utilizadores, cada vez mais informados e conhecedores. Neste sentido, todos esperamos que as organizações de saúde definam normas que garantam a qualidade da prestação de cuidados e a segurança dos utentes.

Assistimos actualmente e sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e das novas estruturas organizacionais que lhes dão forma (Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e Unidades de Saúde Familiares (USF's)), à introdução de políticas de melhoria da qualidade que valorizam a proximidade ao cidadão e cujos objectivos passam por: a) procurar promover e manter a saúde das populações; b) estruturar os serviços de saúde de molde a satisfazer as necessidades dessas populações; c) assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados; d) assegurar a satisfação dos utilizadores (WHO, 2006 – cit. Sousa, 2010).

Contudo, será suficiente uma organização ou um serviço de saúde ser detentor de normas e reger-se por *guidelines* para que os utentes fiquem satisfeitos com a qualidade do seu desempenho? Além de diferirem dos demais, os serviços de saúde diferem entre si pela natureza e pela finalidade da sua prática. Na verdade, no preciso contexto dos CSP e especificamente da intervenção comunitária em saúde, a qualidade dota-se ainda mais de pluralidade, razão pela qual se justifica a necessidade do saber trabalhar em equipa com vista a entender especificidades, percepções, necessidades e valores das populações ao mesmo tempo que se promovem ganhos em saúde. De acordo com a bibliografia consultada, os estudos sobre qualidade e satisfação no âmbito da intervenção comunitária em saúde da visão e dos CSP associados às tecnologias da saúde são uma “miragem”, apesar da importância das suas conclusões em função de acções futuras.

Olhar o tema da qualidade em CSP hoje é vê-lo à luz do conceito de governação clínica, sinónimo de excelência, de tranquilidade, de segurança e de satisfação para os utentes (Campos, 2008). Para Scotti *et al.* (2007), promover a satisfação dos utentes é elevar-lhes a qualidade dos serviços prestados, constituindo-se a medição da primeira um bom indicador da segunda (Blumental, 1996 – cit. Fortuna *et al.*, 2001).

Salienta-se que Parasuraman, Zeithaml e Berry (PZB) (1985, 1988) desenvolveram o modelo SERVQUAL objectivando a avaliação das expectativas e das percepções dos clientes dos serviços em geral, mas que actualmente este constitui um dos modelos mais utilizados para o estudo da qualidade de serviço em áreas específicas de actividade, como a saúde.

Ainda sim, o modelo em questão tem sido criticado por vários autores, tais como Cronin e Taylor que no ano de 1994 desenvolveram (a partir do SERVQUAL) o modelo SERVPERF como resultado da crítica dirigida aos pressupostos do modelo por Parasuraman. Na verdade, Cronin e Taylor (1994) consideram existir uma ligação mais consistente entre a percepção do cliente e a qualidade do serviço, em detrimento das expectativas daquele.

Corroborando esta perspectiva, outros autores têm vindo a investigar os modelos e a dimensões relevantes nas várias sub-áreas da saúde (sobretudo a nível hospitalar) por forma a dar suporte a um instrumento de recolha de dados que permita conhecer a essência dos vectores da qualidade percebida e a satisfação dos utentes.

Esta dissertação tem como tema central a satisfação/percepção dos utentes quanto à qualidade organizacional de uma Unidade de Rastreio (CSP), admitindo-os como indicador fundamental para a avaliação da prestação de cuidados neste âmbito. Mais especificamente, pretendeu-se aferir um procedimento específico para a medição e consequente avaliação dos atributos da satisfação e qualidade percebida pelos utentes na Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética dos ACES do Alentejo Central I e II (RD), procurando compreender a sua relação com os aspectos globais de satisfação.

Os objectivos de estudo foram os seguintes:

a) Objectivo Geral

- Descrever e examinar a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD (Distrito de Évora) sob o ponto de vista da satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio.

b) Objectivos Específicos

- Identificar a percepção dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados, compreendendo que dimensões do SERVPERF apresentam melhores e piores atributos;
- Conhecer os factores subjacentes à satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio;
- Explorar o grau de influência das variáveis demográficas e das características biográficas dos utentes inquiridos sobre o seu nível de satisfação quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II;
- Sugerir medidas capazes de contribuir para a progressiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequente satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD.

A nível teórico-metodológico utilizou-se uma adaptação do modelo SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992; 1994), seguindo de perto as propostas de avaliação da qualidade percebida e da satisfação dos utentes de serviço hospitalar - HQual (Silva *et al.*, 2009). Para validar o modelo do estudo recorreram-se a diferentes técnicas estatísticas tendo em atenção os objectivos da investigação. Os dados recolhidos através do inquérito por questionário foram tratados via SPSS 18 e a consistência interna da escala global do modelo apresenta um valor de *Alpha Cronbach* de 0.936 (“muito boa”, segundo Nunnally (1978)), encontrando-se os valores das sub-dimensões factoriais entre 0.853 e 0.960.

Os resultados do estudo (em capítulo próprio) sugerem um modelo global para a unidade estudada de 27 atributos, composto por cinco factores diferentemente valorizados pelos utentes na sua percepção da qualidade organizacional do contexto em observação (análise factorial exploratória). Após análise de regressão múltipla apenas três (dos cinco) dos factores se revelaram significativamente preditivos da satisfação global dos utentes. Verificou-se ainda que das características sócio-demográficas tidas em conta no terceiro objectivo específico (“sexo”, “idade”, “Centro de Saúde”), apenas a variável “Centro de Saúde” (de origem) influencia o grau de satisfação dos utentes para com a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio.

Perante o diagnóstico de situação que a investigação evidenciou delineou-se um Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional, baseado na característica de

proactividade da qualidade (Biscaia, 2001), direccionado para o contexto estudado e para estruturas que lhe estão associadas

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes: Aspectos Teóricos e Estudo Empírico. A primeira componente apresenta as literaturas fundamentais que dão suporte teórico à pesquisa e organiza-se em quatro capítulos onde se abordam temas como Qualidade, Satisfação, Reorganização dos CSP em Portugal, Modelos de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde (resultados de alguns estudos empíricos) e um quinto cuja finalidade é definir a Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II e a sua acção. A componente empírica é constituída por cinco capítulos, três dos quais direccionados respectivamente para as Opções Metodológicas, o Tratamento dos Dados e a Análise e Discussão dos Resultados. O penúltimo capítulo é destinado às Conclusões Finais e Recomendações e o último ao Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional dirigido à Unidade de Rastreio da RD e a uma abordagem pluridisciplinar da patologia.

Parte I – ASPECTOS TEÓRICOS

1. QUALIDADE

“As tendências actuais ou futuras da Qualidade são apresentadas numa perspectiva de evolução do conceito ao longo dos tempos, em resposta às preocupações dominantes que se foram colocando e às necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas” (Soares e Almeida, 2009: 19).

Já nos primórdios da humanidade, o Homem evidenciava no seu dia-a-dia uma procura constante de materiais e de métodos que lhe permitissem uma sobrevivência superior, presentemente igualada a situações tão elementares como “habitação segura, abundância de alimentos ou água potável (...)” (Sequeira, 2005). “As preocupações com a qualidade sempre existiram e são de certo modo intrínsecas à natureza humana (Pires, 2007: 19).

Sob circunstâncias sociais actuais, na presença de uma crescente exigência a todos os níveis e com recursos cada vez mais escassos, predomina igualmente a orientação do trajecto a seguir numa perspectiva de obtenção e implementação da qualidade. Neste sentido, “a qualidade aplicada a todas as unidades de uma organização, tendo como fim a melhoria contínua, potencia a aprendizagem e o conhecimento (...)” (Lopes e Saraiva, 2009: 194)

De acordo com Sequeira (2005), o conceito de qualidade significa uma forma de encarar o trabalho que valoriza os produtos, os serviços e as pessoas. Trata-se de um estado de espírito, uma maneira de pensar, de agir, de educar e de ver o papel decisivo do homem na interacção pessoal e com os objectivos. “A qualidade não é, pois, um mero exercício de sobrevivência. É, sobretudo, (...) a única forma aceitável de viver os negócios, uma verdadeira filosofia de gestão” (Sequeira, 2005: 41).

Ferreira *et al.* (1991), sobre esta temática, afirma que quando há discordâncias na definição de qualidade estas assentam normalmente na importância dada aos seus tipos ou dimensões. Para este autor, mais importante que definir qualidade é apresentar alguns conceitos que possam ajudar a defini-la no seu próprio ambiente e condições de trabalho. Assim, apresenta várias definições/dimensões da qualidade:

Transcendente: característica inerente e imensurável da qualidade; reconhecemo-la quando a vemos;

Baseada no produto: variáveis mensuráveis e precisas que se identificam com a qualidade de um produto;

Baseada no utilizador: perspectiva idiossincrática e pessoal da qualidade, uma das mais subjectivas;

Baseada na construção: a qualidade é determinada pela procura de um produto; se as pessoas o querem é porque é bom;

Baseada no valor: envolve qualidade e preço. Pode usar qualquer uma das medidas acima descritas, mas compara-as com o custo do produto.

Trata-se de um conceito de largo espectro de significados e utilizações, mas de difícil definição, para Nogueira e Saraiva (2009: 222).

António e Teixeira (2007) sublinham que “As definições habituais de qualidade enfatizam uma das três perspectivas de desenvolvimento de produto ou serviço [...] Processo – Resultados – Consequências”.

Na óptica de António Pires (2007), “a qualidade começa pela identificação das necessidades do utilizador e na sua expressão em termos das funções que este deve desempenhar” (...). Segundo este autor, a qualidade absoluta não existe. (...) “o produto deve ser concebido para um segmento bem identificado do mercado”, por forma a (...) “só possuir as características que lhe permitam prestar os serviços, ou desempenhar as tarefas que os consumidores necessitam e esperam dele”, assim como “custar aquilo que aqueles estão dispostos pagar” (Pires, 2007).

Também Mizuno, em 1988, realçava que “A qualidade de um produto compreende todas as suas características (...). Um produto não precisa necessariamente de ter a melhor qualidade possível: um único requisito é que o produto satisfaça as exigências do cliente para o seu uso” (Mizuno, 1988, cit. Saraiva e Rolo, 2009: 97).

Já no final da década de 40, Feigenbaun apresentava a noção de controlo de Qualidade Total, cujo princípio era a qualidade como forma de produzir bens ou prestar serviços mais economicamente, satisfazendo o consumidor (Feigenbaun, 1949).

De uma outra dimensão, Pires (2004; 2007) admite que apesar de a qualidade apresentar várias “medidas”, como sejam as características técnicas e funcionais de um produto/serviço, a aparência estética, o preço, a segurança, o serviço, o ambiente, entre outras, encerra uma componente subjectiva difícil de avaliar (comparar) com precisão, pelo que é “imperativo que seja objectivada e quantificada de forma a ser mensurável”. “Qualidade é um conceito subjectivo que está relacionado directamente com as percepções de cada indivíduo” (Saraiva e Rolo, 2009: 96). Para haver gestão da qualidade, esta deve começar por ser medida ou especificada. Pires (2007: 21) considera três grandes divisões para simplificar a exposição: Concepção, Fabrico/Prestação de Serviço e Uso.

A qualidade da concepção deve ser a medida em que o projecto incorpore as necessidades e expectativas de consumidor, quer em termos funcionais, quer em termos técnicos.

A *qualidade do fabrico/prestação de serviço* deve ser a medida em que o produto/serviço esteja de acordo com as especificações.

A *qualidade na utilização* deve ser a medida em que o produto desempenhe as tarefas ou preste os serviços que o consumidor espere dele.

Uma quarta divisão tem a ver com a *qualidade relacional*, medida da eficácia dos contactos com os clientes (a qualidade é afectada por todas as pessoas que contactam os clientes).

Parafraseando Nogueiro e Saraiva (2009), todas as definições de qualidade se complementam e convergem para o alcance da excelência, tendo como denominador comum o factor “pessoas”. Consumidores, produtores, fornecedores, a sociedade em geral (*stakeholders* – todas as partes interessadas) exige qualidade.

“A qualidade é o que torna possível a um consumidor ter uma paixão pelo produto ou serviço. Dizer mentiras, diminuir o preço, ou acrescentar propriedades pode criar um entusiasmo temporário. Isto permite à qualidade sustentar a paixão. (...) Devemos estar sempre alerta, no sentido de entender o que agrada ao cliente, porque somente o cliente define o que constitui a qualidade. O namoro ao cliente nunca acaba” (Tribus, 1990, cit. Pires, 2007: 24).

Não obstante que a presente dissertação tem como principal demanda, de uma forma geral, a análise das práticas e teorias da qualidade e da satisfação em saúde, e mais particularmente, o estudo dos atributos da qualidade e da satisfação dos utentes de uma unidade de rastreio específica que opera ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente a sua mensuração por meio da aplicação da escala SERVPERF, é importante realçar que o desenvolvimento destas dimensões práticas e teóricas vêm a sua génese e a sua aplicação conotadas a outras áreas, que não esta.¹

1.1. QUALIDADE EM SAÚDE

“A Qualidade em Saúde beneficiou das experiências de outros sectores e sofreu um processo semelhante em termos de desenvolvimento e aplicação de conceitos” (Neto, 2005 – cit. OPSS, 2005). Contudo, “a avaliação dos serviços de saúde deve dotar-se de um enfoque peculiar, diferente do utilizado para avaliar outros produtos e serviços” (Serapioni, 1999). Para Pisco e Biscaia (2001), de facto, a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores:

¹ Apêndice I: Texto alusivo à “Evolução do Conceito de Qualidade” e aos “Pioneiros na Gestão da Qualidade”.

- Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais;
- É pró-activa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado;
- Tem de reunir integradamente como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

1.1.1. Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde

A conceptualização propriamente dita da qualidade em saúde ganha consistência em meados dos anos 60 com Donabedian, associada desde início à inexistência de uma unanimidade na sua definição e à criação do modelo de avaliação da qualidade assente na tríade: estrutura processo e resultados (Donabedian, 1966 – cit. Sousa *et al.* 2008). Tomando como ponto de partida a análise deste autor, a qualidade é entendida em três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica refere-se à aplicação, actualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente; a interpessoal diz respeito à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente e a ambiental relaciona-se com comodidades, como o conforto e o bem-estar oferecidos ao paciente (Donabedian, 1980 – cit. Fadel e Filho, 2009). De acordo com o Movimento Federativo Democrático (1992 – cit. Serapioni, 1999), a definição de cuidado também considera uma terceira categoria e denomina-a de “nível de conforto”, coincidente com a totalidade de elementos que caracterizam o ambiente de vida onde se desenvolvem as acções de saúde: cama, higiene, refeições, telefone, etc.

Para Eiglier e Langerard (1988 – cit. Serapioni, 1999), no seio da adopção de uma terminologia diferente da referida anteriormente, a qualidade é constituída por dois elementos: um objectivo, relacionado com as componentes físicas do produto; outro subjectivo, respeitante à satisfação do utilizador, do ponto de vista da sua percepção e das suas expectativas. No caso dos serviços não existe, de acordo com estes autores, separação entre os momentos de produção e de distribuição, reduzindo-se a qualidade à satisfação do cliente numa determinada situação. Outros autores, que direccionam a sua actividade para a qualidade nos serviços de saúde, não partilham desta opinião, mas sim da ideia de que no âmbito da avaliação da qualidade a satisfação do utilizador tem que ser considerada juntamente com a satisfação dos profissionais e a eficácia do cuidado médico. Com esta finalidade, é imprescindível ter em conta outros factores objectivos, como a aceitabilidade, a adequação do processo de diagnóstico e terapêutica, o comportamento dos médicos ou de outros profissionais

perante os pacientes, a rapidez da resposta à solicitação do tratamento, etc (Serapioni, 1999).

No ano de 1990, o *Institute of Medicine* definia qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente” (Barros, 1998). Em 1993, a definição proposta pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* refere-la como “o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (JCAHO, 1993 – cit. Sousa, 2010). Cinco anos mais tarde, outras enunciações continuavam a ter como denominador comum a centragem na organização interna da entidade, nomeadamente as definições do Sistema Português da Qualidade na Saúde (Ministério da Saúde) e de Diana Sale (Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde) (Barros, 1998). Contudo, para Barros (1998) existe, similarmente ao supra referido, outra noção de qualidade associada às percepções dos utilizadores dos serviços de saúde – “qualidade em sentido externo à organização”. Não descuidando a importância deste aspecto da qualidade, a maior parte das discussões centra-se nos aspectos da “qualidade em sentido interno à organização”, sobretudo no que concerne à percepção de que existe forte desperdício de recursos. A carência de qualidade nesta vertente reflecte-se em dois grandes grupos (Barros, 1998):

1. utilização excessiva de recursos, no sentido em que menos recursos podem ser usados para atingir o mesmo resultado final;
2. os recursos usados não permitem atingir o resultado final desejado, embora tal suceda em outras organizações.

Na mesma linha, Brook *et al.* (2000) defendem que todas as definições do conceito de qualidade em saúde apresentadas parecem ter duas componentes. A primeira diz respeito à prestação de cuidados de saúde de grande qualidade técnica, na qual se entende como qualidade o nível de cuidados ou serviços de saúde prestados. A segunda relaciona-se com a qualidade organizacional dos serviços de saúde e diz respeito ao desejo que todos os utentes têm em ser tratados de forma adequada e ser convidados a participar activamente na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e sobre os meios que podem melhorá-lo.

Garvin (1984 – cit. Pisco, 2002), com o fim de evitar uma definição de qualidade de carácter reducionista, propôs um modelo de análise da qualidade em relação a cinco perspectivas distintas, cujo conteúdo se pode ajustar ao âmbito específico da qualidade nos cuidados de saúde: 1. A Perspectiva Transcendente: A excelência; 2. A

Perspectiva baseada no Produto: Mais qualidade significa maior custo; 3. A Perspectiva baseada no Utilizador: Adequação à finalidade; 4. A Perspectiva Industrial: Conformidade com a especificação e 5. A Perspectiva baseada no valor: Qualidade a um preço específico. Mais recentemente, Alan Gillies (cit. Pisco, 2002) cria e propõe um modelo alternativo de estudo com maior apropriação aos cuidados de saúde, mas recorre, da mesma forma, a cinco diferentes pontos de vista:

1. A Perspectiva Transcendente – igual à perspectiva de Garvin, relaciona qualidade com excelência. Procurar aplicar aos cuidados de saúde esta perspectiva será sempre inevitavelmente caro. Embora tenha pouca utilidade na análise da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é um conceito fundamental no entendimento do que é a qualidade.
2. A Perspectiva da Saúde Pública – a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos reflecte-se na “Saúde da Nação”. A qualidade dos cuidados deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que cuidar da doença. Trata-se de uma perspectiva estratégica na prestação de cuidados de saúde de qualidade.
3. A Perspectiva baseada nos Recursos – a qualidade dos cuidados prestados refere-se ao máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos alocados pelo País, aos cuidados de saúde. Preocupa-se com a efectividade dos cuidados, a redução do desperdício e a promoção da prestação de cuidados tendo em a avaliação do custo benefício.
4. A Perspectiva dos Profissionais – valorização dos conhecimentos e resultados clínicos. Considera um resultado clínico de sucesso como a principal medida de qualidade, tradicionalmente valoriza o papel central do médico, mas tem-se vindo a encaminhar para uma perspectiva baseada no trabalho em equipa.
5. A Perspectiva dos Utilizadores – o bem-estar e a satisfação dos utentes é crucial. Tende a ser uma perspectiva individual mais do que colectiva, uma vez que as necessidades de cada utilizador podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades de outros utilizadores, assim como estar em conflito com a óptica dos profissionais.

Pelo contexto delineado, Serapioni (1999) destaca que os conceitos de eficácia, eficiência, aceitabilidade, equidade, adequação, assim como a qualidade da relação interpessoal e o nível de conforto dos serviços, se baseiam em juízos de valor. “A noção de qualidade varia com o interesse de grupos diferentes (políticos, administradores, prestadores de serviço e consumidores) que podem ter diferentes pontos de vista sobre o que constitui alta qualidade ou, pelo menos, podem enfatizar aspectos da qualidade da atenção, diferentemente” (Vouri, 1991 – cit. Serapioni,

1999). Para Vasconcellos (2002 – cit. Fadel e Filho, 2009), a diferença fundamental ao definir-se qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjectividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diversamente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até o seu “próprio estado de espírito” no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida (Fadel e Filho, 2009).

Reforçando este ponto de vista, Brook *et al.* (2000) afirmam que o sistema de valores de cada indivíduo e a sua condição momentânea saúde – doença irão influenciar a sua escolha sobre qual das componentes é mais importante (qualidade técnica ou qualidade organizacional). Os profissionais têm aqui a função de fornecer informação suficiente aos utentes para que estes façam escolhas informadas e consistentes com os seus valores².

Enquanto para Vuori (1991 – cit. Serapioni, 1999), independentemente das limitações na percepção da técnica dos procedimentos, a satisfação do utente com a prestação é importante no final do tratamento, para Hopkins (1990 – cit. Serapioni, 1999) é discutível se os utilizadores estarão sempre em condição de distinguir a boa ou a má qualidade dos aspectos técnicos da terapêutica.

Wan e Ferrero (1991 – cit. Serapioni, 1991) afirmam que os indicadores de satisfação “nem sempre asseguram que o programa seja capaz de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (...)”. Para reforçar esta ideia realçamos os resultados de um estudo realizado em Itália (Uderzo e Cipolla, 1990), que evidenciou que a opinião dos pacientes deve ser correctamente avaliada, pois em geral as respostas satisfatórias são elevadas (80%-85%), mesmo na presença de expectativas negativas (Serapioni, 1999). É importante, sugerem estes autores (Uderzo e Cipolla, 1990), “avaliar, além do juízo global, também as opiniões sobre aspectos específicos, onde a percentagem frequentemente diminui” (Serapioni, 1999).

A satisfação dos utilizadores, embora determinante, é insuficiente para a avaliação da qualidade dos serviços. Schraiber e Nemes (1996 – cit. Serapioni, 1999) destacam que a avaliação dos serviços de saúde deve “dialogar directamente com a dimensão interna do trabalho, buscando constituir-se em prática administrativo-gerencial capaz de reinserir os profissionais nas questões da qualidade dos serviços”.

² Resultados de pesquisas realizadas na década de 90, sobre a satisfação dos utilizadores, mostram que quem utiliza os serviços valoriza muito a comunicação, as informações recebidas, a qualidade da relação médico-paciente (Calnan *et al.*, 1994 – cit. Serapioni, 1999), a maneira de ser do médico e do enfermeiro, a capacidade resolutive do serviço (Halal *et al.*, 1994), a continuidade do tratamento por parte dos mesmos profissionais e o ambiente físico das estruturas de saúde (Serapioni, 1999).

Neste sentido, Pisco (2002: 4) pretende reforçar a ideia de que a qualidade dos cuidados de saúde engloba o conceito multidimensional de qualidade, “tornando inevitável a sua classificação conforme o número de perspectivas ou de ângulos de observação. Nenhum componente isoladamente é suficientemente amplo para abranger todos os aspectos da qualidade”. A este respeito, Donabedian (1980) argumenta que para avaliar a qualidade dos serviços de saúde se torna necessário esclarecer primeiramente o significado de qualidade. Segundo este autor, a qualidade é uma propriedade que os serviços de saúde podem deter em vários graus, não considerando clarificado, no entanto, se se trata de um atributo, classe de atributos funcionalmente relacionados ou composto heterogéneo para uso estabelecido, conveniência administrativa ou preferência pessoal.

Outra perspectiva é a da saúde pública de Alan Gillies (cit. Pisco, 2002), já mencionada. Acerca deste ponto, Freire (2001 – cit. Pinto, 2008) mostra que “ a evolução da qualidade apresenta um fio condutor e uma característica comum, que tem a ver com a necessidade de controlar actividades complexas e com grande impacto económico. A saúde pública é um dos sectores com grande impacto socioeconómico e político que tem merecido uma atenção crescente das entidades responsáveis”.

Para a OMS (cit. Pisco e Biscaia, 2001), as componentes da qualidade dos cuidados de saúde são as seguintes: elevado grau de excelência profissional; eficiência na utilização dos recursos; riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos. De forma semelhante, a World Organization of Family Doctors (WONCA) (cit. Pisco e Biscaia, 2001) assume que: «Qualidade a nível da clínica geral/medicina de família é um conjunto de actividades planeadas, baseadas na revisão e melhoria do desempenho clínico, com o objectivo de continuamente melhorar o nível de cuidados prestados aos doentes».

Mais recentemente, Neto (2005 – cit. OPSS, 2005)) afirma que prestar cuidados de saúde de qualidade resulta da organização no seu todo, ao estar relacionado com os valores, as crenças e as atitudes partilhadas pelos seus membros – cultura organizacional. Diz respeito igualmente aos utilizadores, “à forma como estes percebem a qualidade dos cuidados, assim como as alterações na sua qualidade de vida” (Neto, 2005 – cit. OPSS, 2005).

São todos estes aspectos que fazem das questões relacionadas com a qualidade na prestação de cuidados de saúde difíceis e complexas de abordar. Kitchenham (1996 – cit. Pisco, 2002) afirmara, num outro contexto que não o da saúde, que a qualidade “era difícil de definir, impossível de medir e fácil de reconhecer”. A qualidade

é mais facilmente reconhecida na sua ausência e muitas das percepções dos cidadãos sobre os Serviços de Saúde resultam da ausência de Qualidade (Pisco, 2002).

Atendendo à multiplicidade de perspectivas assentes no conceito explorado neste ponto, a tabela seguinte sintetiza os modelos e definições de qualidade dos serviços perspectivados como subsequentes à diferença entre expectativas e percepções, passando por diversos atributos.

Tabela 1.1. Definições de Qualidade de Serviço

Ano	Autor	Definições de Qualidade
2007	Bahbab, Coleman e Kelkar	Aplicação de definições dependendo do estudo em questão. As melhores são baseadas no Modelo GAP e SERVQUAL.
2004	Kitchroen	Avalia a Qualidade de serviço em sete factores: segurança, atitude, completude, disponibilidade, condição e treino.
2003	Zeithalm e Bitner	Teoria da desconfirmação em que qualidade é a capacidade da organização cumprir ou exceder as expectativas do consumidor.
2000	Evans e Lindsay	Dimensões da qualidade: rapidez, realização, completude, cortesia, consistência, acessibilidade e conveniência, rigor, capacidade de resposta.
1996	Sale	Utiliza as seis dimensões de Maxwell e os sete atributos dos cuidados de saúde de Donabedian: cuidado, eficácia, efectivação, eficiência, optimização, aceitação, legitimidade e equidade.
1995	Hill e Motes	O conceito de qualidade difere em relação à função da qualificação (função) do prestador do serviço.
1994	Samson e Parker	Utiliza dimensões como: comunicação, tangíveis, garantia, confiança, empatia, críticas pós-trabalho, criatividade, iniciativa, fiabilidade. Qualidade é definida como aptidão para uso.
1994	Ghobadian <i>et al.</i>	Consideram confiança, capacidade de resposta, personalização, credibilidade, competência, acesso, cortesia, segurança, comunicação, tangíveis, compreensão/conhecimento do consumidor.
1993	Zeithaml <i>et al.</i>	Dimensões da análise dos GAP's, em que a qualidade é definida através da comparação entre o serviço desejável e o serviço visível.
1992	Cronin e Taylor	Utilizam o SERVPERF como resposta ao SERVQUAL
1992	Berry e Parasuman	Ajustam o SERVQUAL e utilizam a teoria da desconfirmação
1992	Babakus e Mangold	Teoria da desconfirmação adaptada ao contexto hospitalar
1992	Babakus e Boller	Corrigem o SERVQUAL
1993 1991 1988	Parasuraman <i>et al.</i>	Comparação de expectativas com percepção da qualidade. Cinco dimensões SERVQUAL.
1988	C. Gönroos	Profissionalismo e capacidades, reputação e credibilidade, comportamento e atitudes, acessibilidade e flexibilidade, confiança, fidedignidade.
1985	Parasuraman <i>et al.</i> (PZB)	Desconfirmação. SERVQUAL: dez dimensões
1985	Maister	Quarenta dimensões – compara a percepção do cliente face ao que recebe em relação às expectativas daquilo que deveria receber.
1984	Garvin	Objectivo – produto e construção Subjectivo – utente.

Fonte: Lopes, 2008.

1.1.2. Evolução do Conceito de Qualidade nos Serviços de Saúde – breve perspectiva histórica

Os primeiros estudos sobre qualidade em saúde foram, com grande probabilidade, levados a cabo pelos romanos, que terão efectuado registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares. Contudo, há informação documentada respeitante à mesma temática que remonta o século XVIII, altura em que John Howard e Elisabeth Fry descreveram a qualidade em cuidados de enfermagem prestados a doentes. No ano de 1850, Florence Nightingale (enfermeira) estudou as taxas de mortalidade dos hospitais militares no período da Guerra da Crimeia e fê-las diminuir mediante a optimização das condições de higiene (Sale, 1998). E em 1863, a mesma profissional de saúde (Iezzoni, 2003 – cit. Pisco e Biscaia, 2001) “argumentava a necessidade de compilar e divulgar os resultados estatísticos dos hospitais como forma de perceber as diferenças e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.”

Para Reis *et al.* (1990), embora haja relatos históricos que revelam mecanismos de avaliação dos actos médicos e dos serviços de saúde desde o século XVI, o uso do controlo estatístico e da avaliação científica dos cuidados desenvolveu-se lentamente, dado que não era essencial para a prática da medicina (Reis, *et al.*, 1990; Caraça, 2002).

Em 1910, sob a direcção da Fundação *Carnegie* foi publicado o relatório *Flexner*, que denunciava o estado lamentável dos hospitais americanos. Na sequência desse documento, foi elaborado um estudo sobre a eficiência dos mesmos hospitais através do qual foi proposto o uso de uma metodologia de avaliação do estado dos pacientes que permitiria estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (Antunes, 1991).

De acordo com Sale (1998), grande parte da investigação sobre qualidade de cuidados tem sido desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, incidindo as primeiras investigações sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, no início dos anos 50, e a pesquisa em torno da avaliação da qualidade, propriamente dita, alguns anos depois com o surgimento de ferramentas e instrumentos de medida desenvolvidos por investigadores de outros campos profissionais.

No ano de 1951 é criada a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, pelos EUA e pelo Canadá, com a finalidade de estimular o desenvolvimento técnico-administrativo deste tipo de organização. O surgimento desta Comissão fomentou uma rápida cultura de indicadores, padrões e critérios para o controlo da qualidade, introduzindo-se, no entanto, a noção de “garantia da qualidade” na assistência médico-hospitalar apenas em 1980 (Caraça, 2002).

Em finais da década de 50, nos EUA, as seguradoras procuraram encontrar um princípio normativo que avaliasse a qualidade dos cuidados em função do pessoal. Neste sentido, foi desenvolvido um método por Faye Abdelhah que associava o nível de recursos à medição da qualidade dos cuidados nos grandes hospitais (Sale, 1998). As duas décadas seguintes deram azo a investigações sobre a prática deficiente, nomeadamente em instituições de doentes psiquiátricos. Uma forma de fazer auditoria da qualidade era por meio de inspeções regulares realizadas pelas instituições académicas ou de acreditação da formação: os *National Boards* para enfermeiros e os *Royal Colleges* para médicos pós-graduados. Ambas promoviam as boas práticas e tinham a possibilidade de retirar idoneidade para formação a organismos oficiais, se os mesmos se revelassem insatisfatórios (Sale, 1998).

1974 foi o ano em que o governo britânico se viu obrigado a reorganizar o *National Health Service* devido à crise económica e à falência do modelo político vigente do Estado Providência (Mckay, 2000).

“A partir dos anos 80, começa a desenvolver-se um novo sector de estudos e investigação que já não se limita à análise dos custos das actividades no campo da saúde, mas presta muita atenção, também, ao controle de qualidade e à satisfação dos usuários” (Serapioni, 1999). Depois dos trabalhos sobre a qualidade do cuidado médico de Donabedian (1980), considerado o pioneiro dos estudos da qualidade no âmbito dos serviços de saúde, é essencial mencionar o Relatório *Griffith* de 1983 que introduziu pela primeira vez a praxis da avaliação dos serviços como tarefa para os gestores do *National Health Service* (Serapioni, 1999). Mais recentemente, o serviço de saúde em questão implementou um sistema informatizado de avaliação de desempenho designado por *National Health Service Performance Assessment Framework* e constituído por duas categorias de indicadores de desempenho: *High Level Performance* e *Clinical Indicators*. Estes indicadores, publicados em 1999 pela primeira vez, fornecem informação útil acerca da qualidade, da eficiência e dos resultados dos serviços de saúde do *National Health Service* (Mckay, 2000).

No final da década de 80, com a necessidade de introduzir melhorias na qualidade dos serviços de saúde, a Holanda elaborou um documento intitulado *Vontade para a Mudança* (1987) e em 1990, na Suécia, o Instituto Sueco do Planeamento e Racionalização dos Serviços Sociais e da Saúde emitiu o documento *Garantia de Qualidade na Saúde* (Mezomo, 1991).

O interesse pela qualidade cresceu muito, sobretudo nos anos 90. Sem dúvida que a crise fiscal do Estado Social e a necessidade de diminuir a despesa pública têm estimulado um maior interesse sobre a investigação de modalidades mais eficientes e eficazes na utilização dos recursos. “Entre outros factores, que certamente

contribuíram para o desenvolvimento da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, temos que mencionar o crescimento das queixas e dos procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos” (Serapioni, 1999).

No ano de 1999, Serapioni, na sua análise, afirma que o controlo da qualidade no atendimento em saúde teria passado por diferentes fases nos últimos vinte anos. Na primeira fase, a avaliação da qualidade tinha em consideração somente o lado da oferta dos serviços, baseada nos conhecimentos dos profissionais de saúde ela era de conhecimento auto-referencial – racionalização do lado da oferta, sem ter em conta a satisfação dos usuários. A segunda fase (a partir da segunda metade dos anos 80) foi caracterizada por acções de denúncia e reivindicações dos utilizadores e das suas organizações representativas. A terceira fase do controlo da qualidade compreendeu a acentuação da prática da comunicação entre os representantes da oferta e da procura, por forma a superar a contraposição entre as duas auto-referências (Serapioni, 1999).

A nível organizacional, comunicar gera maior aproximação e uma melhor sintonia entre os diferentes actores. A compreensão é o primeiro passo para a qualidade na comunicação (Quintino e Saraiva, 2010).

A partir dos finais da década de 90, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, nas esferas público, privado e social, têm vindo a assumir cada vez maior relevância mesmo no nosso País, passando a constar na agenda política nacional, pelo menos de uma forma mais visível (Sousa *et al.*, 2008). “Preocupações com as questões económicas e de eficiência; o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; o peso dos «*media*», que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos directos na prestação de cuidados de saúde, a par com o crescente interesse na medição do grau de satisfação dos doentes, têm constituído incentivos que fizeram despertar a atenção da avaliação da qualidade em saúde” (Marshall, 2001; Cheng e Song, 2004 – cit. Sousa *et al.*, 2008). Nos trâmites internacionais, de acordo com a World Health Organization (WHO) (2000) e Radnor e Lovell (2003), o *benchmarking* decorrente de vários estudos de análise e comparação entre sistemas de saúde de vários países contribuiu, de igual modo, para recentrar esta questão (Sousa *et al.*, 2008).

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2004), são de três tipos os problemas relacionados com a qualidade dos serviços de saúde: serviços prestados segundo as normas de evidencia médica, sem

o deverem ser; inacessibilidade a determinados serviços básicos por parte de alguns utentes; cuidados de saúde realizados erradamente e tecnicamente pobres. Neste cenário, com o objectivo de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, muitos países da OCDE iniciaram a monitorização de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde com o intuito de realizarem uma análise comparativa. Tais empenhos podem ser reforçados graças ao desenvolvimento de instrumentos como as normas de orientação clínica e os padrões de desempenho que promovem a prática da medicina fundamentada em evidências (OCDE, 2004).

Para Mezomo (2001), a filosofia da melhoria contínua da qualidade, que completou cinquenta anos de aplicação na área da indústria com resultados evidentes, já sensibilizou os serviços de saúde de muitos países que viram nela uma oportuna saída para a crise e para os problemas crónicos que os afectam. Embora os serviços de saúde ainda não entendam totalmente como utilizar termos como “fornecedor”, “cliente” e “produto”, já se encaram como organizações que utilizam “recursos”, que executam “processos” e que objectivam “resultados”, carecendo dos princípios de administração desta filosofia (Mezomo, 2001). Considerando os argumentos deste autor, a qualidade em saúde só pode ser analisada quando vinculada à missão da organização dos serviços de saúde e não como um mero conceito generalista (Mezomo, 2001).

Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, assim como assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados, é o grande desafio para os profissionais da área da saúde. “(...) verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos tempos, interesse crescente, que se tem manifestado, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes” (Sousa *et al*, 2008).

1.1.3. Qualidade nos Serviços de Saúde – o trajecto português

“Em Portugal, o desenvolvimento da qualidade na saúde tem sido um percurso com algumas oscilações, embora sempre com sentido progressivo (...)” (Pisco e Biscaia, 2001).

A partir do final dos anos 80 assistiu-se, gradualmente, à inclusão constante de referências à Qualidade dos Serviços de Saúde nas opções dos programas dos Governos, no entanto, estas nem sempre passaram do plano operacional (Freire, 2000 – cit. Pinto, 2008). Antes de salientar algumas das concretizadas, sublinhamos dois acontecimentos que lhes foram anteriores.

Segundo Pisco e Biscaia (2001), o antecedente mais relevante no contexto em questão foi a organização, em 1985, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) do Seminário Internacional «Évaluation des services de soins de santé primaires», com a colaboração da OMS e das Escolas de Saúde Pública das Universidades Livre de Bruxelas e Hebraica de Jerusalém, ao qual se seguiu o seminário «Avaliação e controlo da qualidade em serviços de saúde», co-organizado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – OMS e pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP).

Em 1988, “O Núcleo da Saúde da Associação Portuguesa para a Qualidade promoveu, em Lisboa, o I Encontro da Qualidade dos Serviços de Saúde, de que resultou a publicação de um documento com artigos originais sobre avaliação da qualidade de programas de saúde e projectos nos centros de saúde e hospitais” (Pisco e Biscaia, 2001).

Quanto às referências incluídas nas opções dos programas governamentais, efectivaram-se e representaram marcos promissores as seguintes (DGS, 1997 – cit. Pinto, 2008):

- 1992 – por despacho do Ministério da Saúde, foi aprovado o “Programa para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde”, com o objectivo de promover a melhoria assistencial e humana das instituições e dos serviços do Serviço Nacional de Saúde – é constituída a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.
- 1993 – a Direcção-Geral da Saúde(DGS) emitiu uma circular normativa na qual se determinava que «devem ser criadas comissões de qualidade em todos os serviços de saúde, com as atribuições de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade». Esta circular teve poucos efeitos práticos, já que, nos serviços onde foram criadas, estas comissões revelaram-se, na generalidade, inoperantes (Pisco e Biscaia, 2001).
- Os institutos de clínica geral integram no âmbito das suas actividades formativas vários cursos de introdução e formação na área da qualidade, assim como as Administrações Regionais de Saúde (ARS's) e Sub-Regiões de Saúde promovem, a partir dos finais dos anos 80, acções de formação no mesmo âmbito (Pisco e Biscaia, 2001).
- A Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, criada no âmbito da DGS, assumiu um papel de sensibilização e divulgação de conceitos, dinamizando diversos projectos de avaliação e garantia da qualidade de âmbito nacional e regional.

- 1998 – a qualidade é enquadrada na elaboração e definição de uma Estratégia de Saúde – “Saúde um Compromisso, a Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)” – e assumida como uma das suas orientações estratégicas essenciais.
- 1998 – o sistema da qualidade na saúde é definido tendo como missão o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde.
- 1999 – criação de estruturas do sistema da qualidade: **Conselho Nacional da Qualidade** - órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, é responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde. É constituído por representantes dos cidadãos e associações de doentes das diferentes profissões da saúde e de entidades públicas e privadas; **Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)** - criado no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº. 288/99, de 27 de Abril, é um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, exercendo a sua actividade a nível nacional. Compete ao IQS a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Pisco e Biscaia, 2001).
- Inclusão no âmbito do **III Quadro Comunitário de Apoio (QCA), no Programa Operacional da Saúde — Saúde XXI**, de uma medida específica para a melhoria da qualidade no valor aproximado de 7 milhões contos e para o período de 2000-2006 (Pisco e Biscaia, 2001).
- 2009 – criação da **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde** por meio do Despacho da Ministra da Saúde n.º 14223/2009, de 8 de Junho, e de um **Conselho para a Qualidade na Saúde** para a apoiar cientificamente (Despacho N.º 13793/2009 da Ministra da Saúde, de 16 de Junho).

No período 1998-2001, diversos projectos e programas de melhoria da qualidade foram lançados e têm vindo a ser desenvolvidos, sob orientação do IQS (Pisco e Biscaia, 2001):

- Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuor CS);
- Qualidade organizacional hospitalar - Protocolo do IQS/*King's Fund Health Quality System (KFHQs)*;
- Projectos de melhoria contínua;
- Manual da qualidade na admissão e encaminhamento;
- Avaliação da satisfação dos utentes (Europep – satisfação com o médico de família e o centro de saúde);

- *Quali gest* (qualidade na gestão) – modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, de excelência organizacional (Associação Portuguesa da Qualidade (APQ)/*European Foundation for Quality Management (EFQM)*);
- Linhas de orientação clínica – protocolo definido entre DGS e Ordem dos Médicos “para integrar as «recomendações terapêuticas» (...) nos programas de melhoria da qualidade de âmbito nacional a implementar;
- Avaliação da satisfação dos profissionais – questionário para a avaliação do grau de satisfação das expectativas dos profissionais de saúde, desenvolvido por Luís Graça, na Sub-Região de Saúde de Beja. Posteriormente, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) fez a sua aplicação a nível nacional.
- Publicações em qualidade – duas publicações do IQS, iniciadas no ano 2000: Revista periódica – “Qualidade em Saúde” e “Boletim Informativo” sobre qualidade.

As tabelas 1.2. e 1.3. condensam, em formato esquemático, as entidades e os procedimentos importantes no desenvolvimento da qualidade na saúde em Portugal, respectivamente.

Tabela 1.2. Entidades Importantes no Desenvolvimento da Qualidade em Saúde em Portugal

Entidade	Finalidade Geral
Instituto da Qualidade em Saúde IQS (actualmente integrado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS))	Desenvolver políticas, estratégias e procedimentos que apoiem os profissionais e as organizações de saúde na melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.
Conselho Nacional da Qualidade na Saúde CNQS	Responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade em Saúde.
Comissão Nacional de Acreditação CNA	Desenvolver o sistema de acreditação.
Agência de Avaliação e Tecnologias da Saúde AATS	Objectivar o impacto clínico, social, ético e económico das tecnologias e procedimentos em saúde.
Departamento da Qualidade na Saúde IQ	Desenvolver uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Actualmente, os maiores desafios que se colocam ao sistema de saúde passam, por um lado, por integrar as diversas áreas de intervenção dentro de um quadro conceptual e metodológico de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que garanta a sua eficiência e eficácia com total garantia dos direitos, deveres e

liberdades de cada cidadão e, por outro lado, por assegurar que é dado à qualidade dos serviços de saúde um lugar prioritário e os recursos necessários ao fortalecimento do planeamento de acção de melhoria. As áreas que constituem desafios prioritários incluem: prática clínica, organização e prestação de cuidados, acessibilidade aos serviços, equidade, cidadania, satisfação dos utentes, acções para a mudança, promoção da saúde, agências de contratualização, gestão do conhecimento e *benchmarking* (Silva *et al.*, 2007).

Tabela 1.3. Procedimentos Importantes no Desenvolvimento da Qualidade na Saúde em Portugal

Procedimento	Breve Descrição
Carta da Qualidade	Todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde deverão elaborar a sua “Carta da Qualidade” com base em três requisitos: Política de Qualidade, Sistema de Melhoria da Qualidade e Relatório Anual de Actividades.
Processos de Garantia da Qualidade	Deverão ser estabelecidos de forma sistemática aos diversos níveis em todas as unidades de saúde, através de iniciativas essencialmente entre pares.
Qualidade e Gestão – Qual e Gest	Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade da gestão.
Linhas de Orientação Clínica	Conjunto de recomendações terapêuticas em problemas de saúde prioritários. Orientações técnicas na área da prevenção e promoção da saúde.
Programa de Melhoria da Acessibilidade	Orientado para a recuperação das listas de espera, gerido pelas ARS's, através das Agências de Contratualização.
Gestão da Doença de Evolução Prolongada	Conferir suporte organizacional a um conjunto de actividades normalmente isoladas, numa perspectiva integrada dos problemas de saúde, garantindo-lhes âmbito nacional e continuidade.
Satisfação dos Utilizadores	Consiste na evolução das avaliações esporádicas do grau de satisfação das expectativas dos cidadãos para uma evolução sistemática em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde.
Licenciamento	Definição do conjunto de critérios a respeitar para a instalação e funcionamento das unidades, bem como a nomenclatura dos diferentes actos médicos a contratualizar.
Programa de Acreditação	Elaboração, definição e padronização de critérios e padrões de qualidade da estrutura organizativa das unidades de saúde e da sua prestação de cuidados, permitindo o reconhecimento formal do seu grau de cumprimento.
Qualidade Organizacional – MoniQuor CS	Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde.
Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	Orientado para promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Fonte: Elaboração própria.

Nesta matéria, a OMS aconselha que cada país desenvolva uma estratégia nacional (realidades regionais e locais) para a qualidade e segurança em saúde, devendo este plano ter uma atenção particular sobre a necessidade de tomar decisões sustentáveis a longo prazo. Em Fevereiro de 2009, é criado no âmbito da DGS o Departamento da Qualidade na Saúde (Portaria n.º 155/2009, de 16 de Fevereiro), que define, em Junho do mesmo ano, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde com a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Diniz, 2010). Tendo como principais destinatários os cidadãos e os profissionais de saúde, o referido agente catalisador da implementação da qualidade assenta em prioridades como:

- Qualidade clínica e organizacional;
- Informação transparente ao cidadão;
- Segurança do doente;
- Gestão integrada da doença e inovação;
- Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS;
- Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde.

As suas acções imediatas passam por:

- a) Divulgar normas de orientação clínica e organizacional;
- b) Implementar sistema de indicadores nacionais da qualidade;
- c) Criar sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos;
- d) Criar um observatório da segurança do doente;
- e) Promover a segurança do doente através de normas de procedimento que evitem os erros clínico, cirúrgico e medicamentoso;
- f) Criar sistema de monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde;
- g) Criar modelo de abordagem de combate às resistências aos antimicrobianos

- h) Conceber e acompanhar modelos experimentais de gestão integrada de doenças crónicas;
- i) Estabelecer critérios para a criação de centros de referência e de elevada diferenciação;
- j) Identificar e avaliar projectos de inovação em saúde;
- k) Gerir os fluxos da mobilidade internacional de doentes;
- l) Criar ponto focal de informação transparente ao cidadão sobre a qualidade em saúde e segurança dos doentes;
- m) Monitorizar o grau de satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde;
- n) Avaliar qualitativamente as reclamações dos utilizadores do SNS;
- o) Criar um Programa Nacional de Acreditação na Saúde.

Com um horizonte temporal de dez anos (cinco para implementação mais cinco para consolidação), a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde adopta ainda, por sugestão da DGS e por Despacho da Ministra de Saúde (de 31 de Agosto de 2009), como modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde, o Modelo de Acreditação ACSA (Andaluzia). Este modelo dá garantias de sustentabilidade financeira, permitindo a acreditação de todos os serviços de saúde do SNS, ao mesmo tempo que não prejudica os processos de acreditação em curso nas instituições de saúde públicas baseados noutro protótipo. Por sua vez, as instituições privadas adoptarão o modelo de acreditação que entenderem mais adequado (Diniz, 2010).

1.1.4. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde

“...se os sistemas de saúde nada fizerem para proteger ou melhorar a saúde dos cidadãos, não há qualquer razão para a sua existência...” (WHO, 2000).

Imperatori (1999), no seu livro “Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde”, define Qualidade dos Cuidados como o “grau de excelência dos cuidados”, como o “grau a partir do qual os cuidados prestados ao paciente aumentam a probabilidade dos resultados desejados e diminuem aqueles não desejados, tendo em conta o estado actual dos conhecimentos”.

“Surgindo da exigência, mais ou menos visível, de todos os actores envolvidos, a qualidade constitui, cada vez mais, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados” (Sousa, 2010). De acordo com as teses de vários autores, dos factores que activaram a problemática da avaliação da qualidade em saúde, destacam-se: **i)** as preocupações com as questões económicas e de eficiência; **ii)** o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); **iii)** a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; **iv)** a peso dos «media», que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; **v)** o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos directos na prestação de cuidados de saúde; **vi)** o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes (Marshall; Davies, 2001; Cheng; Song, 2004; Larsson *et al.*, 2005 – cit. Sousa, 2010).

Numa primeira abordagem, Donabedian (1991), já “apontado” como o precursor da aplicação do conceito de qualidade no contexto da saúde, descreve-o como um processo que consiste na utilização da ciência médica e da tecnologia com o objectivo de maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos aumentem. Contudo, considerou que não é simples atribuir-lhe um significado exacto, questionando as propriedades, as características e os atributos dos cuidados prestados que conduzem ao julgamento e se os mesmos serão de boa ou de má qualidade.

O autor em causa documenta, no esquema 1.1, o conjunto de componentes que em sua opinião devem ser tidos em conta na apreciação dos serviços desenvolvidos em organizações de saúde.

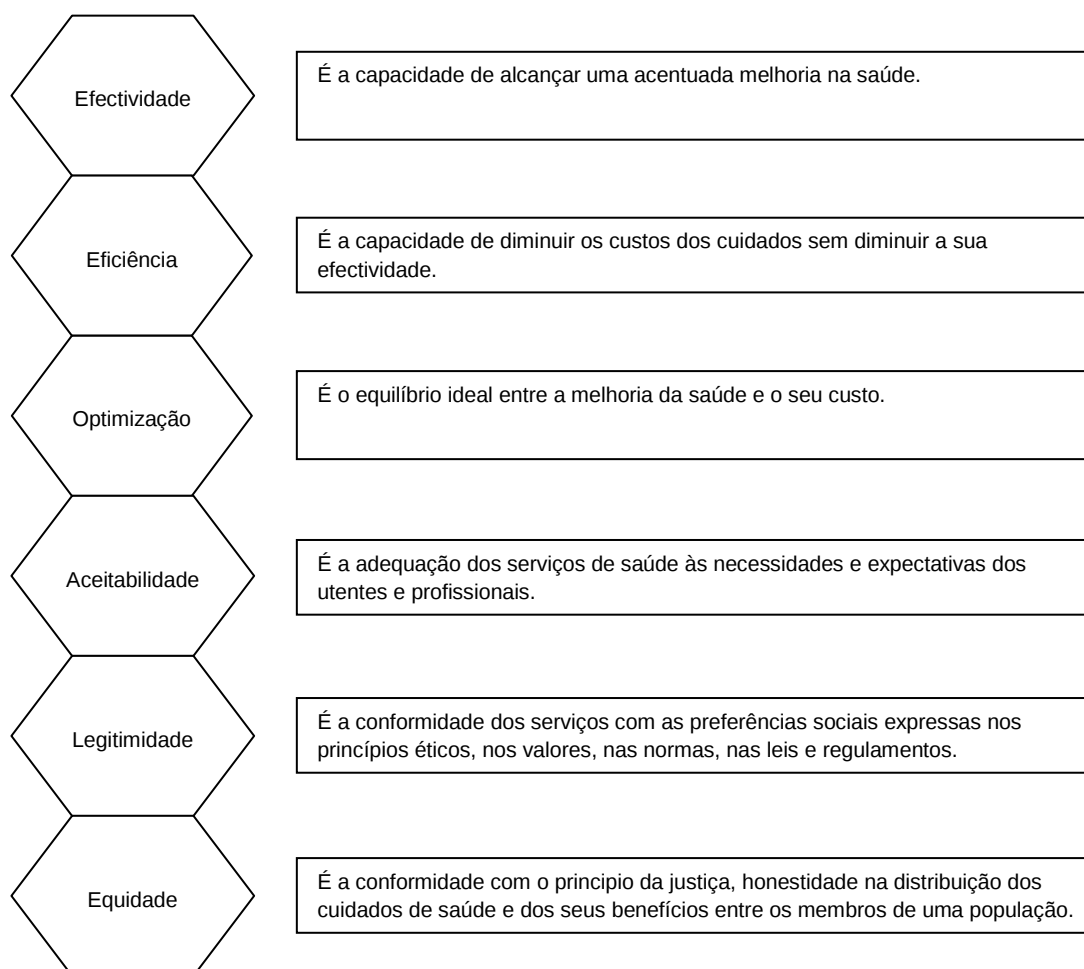
Já na década de 60, o também designado por alguns autores «“pai” do “moderno” movimento de avaliação da qualidade na área da saúde» (Berwick, Enthoven e Bunker, 1992; Best e Neuhauser, 2004 – cit. Sousa *et al.*, 2008) criava um modelo de avaliação da qualidade assente na tríade: **estrutura**, **processo** e **resultados** (Donabedian, 1966 – cit. Sousa *et al.*, 2008). Para Avedis Donabedian (1991), estas três dimensões não são atributos da qualidade, representam antes tipos de informação organizacional através dos quais se pode inferir sobre o desempenho geral do sistema de qualidade e das acções desenvolvidas pelas organizações de saúde.

A componente **estrutura** é caracterizada por aspectos relativamente estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho (Donabedian, 1966; Brook e McGlynn, 1996 – cit. Sousa *et al.*, 2008).

O **processo** diz respeito à efectivação da prestação de cuidados, “conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas

destes, e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as acções preventivas” (Sousa *et al.*, 2008). Para o Alto Comissariado da Saúde (ACS) (2010), o processo pode decompor-se nas dimensões técnica, das relações interpessoais e organizacional.

Esquema 1.1. Componentes para Avaliação da Qualidade dos Serviços prestados nas Organizações de Saúde



Fonte: Donabedian, 1991.

Os **resultados** referem-se tanto aos níveis de saúde como à satisfação dos utentes/doentes (Sousa *et al.*, 2008). Embora o resultado deva ser considerado prioritário do ponto de vista de quem recebe os cuidados, por ser missão da organização não nos podemos esquecer que só será garantido se se estender aos profissionais que o originam (Mezomo, 2001).

Segundo Donabedian (1991), os resultados não permitem avaliar o nível de desempenho das outras duas dimensões, não obstante, admitem retirar ilações acerca

da sua implementação. O autor acrescenta ainda, que não havendo uma relação causa-efeito consistente, se o resultado final satisfizer as necessidades dos utentes, então a probabilidade do desempenho ser de qualidade, quer ao nível da estrutura quer dos processos, é maior e vice-versa.

Apenas a partir da segunda metade da década de 90 é evidenciada a abordagem centrada nos resultados – *outcomes*³. Até então, o enfoque incidia na avaliação dos aspectos relacionados com a estrutura e com o processo (Donabedian, 1992; WHO, 2003 – cit. Sousa *et al.*, 2008). Esta primeira abordagem teve por base o período inicial do problema relacionado com as variações na prática clínica, cujo “expoente máximo assentava na definição de normas de orientação clínica, também denominadas *guidelines*, no sentido de uniformizar os processos de diagnóstico, tratamento e prevenção, baseadas na melhor evidência disponível” (Sousa, 2010).

A mudança de paradigma em questão não agilizou qualquer dissociação entre as três categorias, na medida em que “a identificação de um resultado menos favorável que o expectável possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adopção de abordagens globais e integradas” (Donabedian, 1992 – cit. Sousa *et al.*, 2008). Durante os últimos anos, este movimento de avaliação da qualidade em saúde, focalizado na análise dos resultados, desenvolveu-se em resposta ao aumento dos custos económicos na área da saúde, à necessidade de exigência e à responsabilidade social (Clancy e Eisenberg, 1998 – cit. Sousa *et al.*, 2008).

Outro dos principais contributos para o debate acerca da avaliação da qualidade foi o de Robert Maxwell, no início da década de 90. O modelo multidimensional definido pelo autor baseia-se em seis facetas distintas da qualidade: **i)** efectividade; **ii)** eficiência; **iii)** aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente (qualidade percebida); **iv)** acessibilidade; **v)** equidade; **vi)** segurança (Sousa, 2010).

Para Pisco (2000) as organizações de saúde devem desenvolver políticas e estratégias que assentem na busca de um melhor desempenho organizacional relativamente à estrutura, ao processo e aos resultados, bem como no respeito pelos valores dos profissionais e utentes, não descuidando a acessibilidade, a equidade e a utilização optimizada dos recursos disponíveis (Pisco, 2000)⁴.

Parafraseando Guerra (2003 – cit. Pinto, 2008), neste contexto é necessário apostar num processo de melhoria contínua, de actividades planeadas baseadas na

³“*Outcome*, ou resultado em saúde, é considerado como sendo qualquer mudança, favorável ou adversa, no actual ou potencial estado de saúde de um indivíduo ou população, decorrente dos cuidados de saúde prestados” (Donabedian, 1992).

⁴ A reflexão deste autor vai de encontro à análise dos determinantes de saúde referida no “Estudo da Satisfação dos Utes do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.”, que revela que pelo menos cinco factores interagem para influenciarem a saúde de um indivíduo ou de uma população, nomeadamente os factores biológicos, os estilos de vida, o ambiente; os factores sociais e económicos, o uso dos serviços de saúde e a acessibilidade a esses mesmos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2007).

procura permanente de melhores práticas, no exame consciente e constante do desempenho e do estabelecimento de limites precisos, com a finalidade de, eficaz e eficientemente, aperfeiçoar a qualidade efectiva dos cuidados⁵.

O processo anteriormente referido, ressaltado por Guerra (2003 – cit. Pinto, 2008), foi designado pela OMS, ainda em meados da década de 90, por “Desenvolvimento Contínuo da Qualidade” e definido como a “estimativa do grau de excelência dos cuidados de saúde, através da análise comparativa entre os resultados conseguidos e os que poderiam ter sido obtidos” (OMS, 1995). Dez anos antes, Caldeira da Silva agregava o mesmo sistema nocional ao conceito de Garantia de Qualidade, atribuindo a este último a seguinte significação: “é um processo sistemático, organizado e contínuo de análise crítica e avaliação da qualidade dos cuidados prestados e da utilização de recursos, usando critérios objectivos, acrescido das consequentes mudanças e correcções das deficiências encontradas” (Silva, 1985).

Na perspectiva de Mezomo (2001), a qualidade compreende-se abordada em conformidade com os serviços, os objectivos e as características das organizações; quando analisada vincula-se, obrigatoriamente, à missão da organização e à sua completa e plena realização. Não obstante, “as organizações podem oferecer qualidade independentemente das suas características, do volume dos serviços prestados, da capacidade tecnológica e dos demais recursos disponíveis. A causa mais relevante é assimilar se a organização tem uma missão definida e se os seus serviços (produtos) satisfazem as necessidades dos clientes.” (Mezomo, 2001).

Outra questão que merece algum destaque neste encadeamento de ideias prende-se com o significado de serviço “como uma experiência intangível, perecível no tempo, e na qual o cliente desempenha o papel de co-produtor” (Fitzsimmons, 2004 – cit. Leal, Requeijo e Pereira, 2009). Relativamente a esta temática, Gianesi e Côrrea (1996 - cit. Fadel e Filho, 2009) afirmam que, “gerir serviços é diferente de gerir produção de bens, pois serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados e por isso são de difícil padronização. Necessitam da presença e da participação do cliente/utente, o que restringe o tempo de atendimento, são personalizados, podendo exigir a prática de quem os recebe, e implicam produção e consumo simultâneos, por não poderem ser guardados, o que também dificulta a sua inspecção e controle de qualidade. Por tudo isto, o processo de prestação do serviço pode ser muito mais importante do que o seu próprio resultado”.

⁵ O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS 2004-2010) (2004a) faz alusão a este conteúdo, na medida em que explica que a qualidade dos cuidados prestados aos doentes depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados e são prestados os serviços. Refere ainda que a introdução de políticas de melhoria da qualidade nos serviços de saúde deve atender às duas vertentes enunciadas no sentido da redução da variabilidade e da estruturação dos serviços de saúde, de modo a satisfazer as necessidades dos cidadãos, assegurando assim que os recursos humanos, financeiros, equipamentos e informação são utilizados da forma mais racional e eficiente possível (PNS, 2004b).

“Hoje os consumidores são mais conhecedores do que procuram, têm uma preparação escolar sem precedentes na história, e a possibilidade acrescida de conhecer alternativas. Estão conscientes dos seus direitos e acima de tudo motivados para os defender” (Lopes, 2000). Sob esta visão aberta e sistémica sobre o que temos vindo a abordar, é valorativo dar especial ênfase à qualidade, justificando-a com a preocupação das pessoas relativamente ao atributo em questão. Martin (1994) aponta três níveis onde a qualidade se mostra capital nos serviços de saúde: utentes, colaboradores e gestão/administração.

- **Utentes**

“Sempre que um paciente entra num serviço de saúde desencadeia um processo de produção de serviços que deve responder às suas necessidades. Neste processo existem componentes fundamentais, mais ou menos invariáveis, cujo conteúdo depende, naturalmente do doente e das suas características, do pessoal de saúde interveniente e dos estabelecimentos e instituições de saúde” (Santos, 1994).

Os utentes dos serviços beneficiam directamente se os seus requisitos forem satisfeitos e indirectamente se se sentirem confiantes que numa posterior oportunidade regressam e voltam a ser bem tratados. Preocupação, ansiedade, stress e vulnerabilidade são alguns dos sentimentos que “assombram” os utentes e os seus familiares, avivados por longos períodos de espera, pela transmissão insuficiente de informação, pela insensibilidade face às suas necessidades e pela pobreza das infra-estruturas. Melhorar a qualidade destas experiências e atenuar estes sentimentos é primordial, sobretudo quando se necessita de tratamentos ou de cuidados e não se está tolerante para vivenciar um mau serviço (Martin, 1994).

- **Colaboradores**

“Qualquer processo de qualidade é em si mesmo um processo cultural – cultura de qualidade.” Os profissionais devem consciencializar-se que são os primeiros interessados pela conformidade dos processos e pelo progresso evolutivo do seu serviço. Torna-se importante criar incentivos que envolvam todos os trabalhadores, em todas as funções, premiando a *performance* individual, a *performance* da equipa em que o profissional se insere e a *performance* global da organização (Gomes, 1998 – cit. Filípe, 1999).

A maioria dos profissionais das unidades de saúde tem o comprometimento e o desejo de cuidar de quem necessita e sentirão grandes dificuldades em realizar tal pretensão se desempenharem funções num serviço cuja organização é desadequada. A concepção de um programa que tenha como finalidade a melhoria da qualidade, que

responsabilize os profissionais de saúde no sentido de poderem decidir o que há para a fazer e os apoie, posteriormente, nos seus esforços, é um aspecto basilar neste contexto. Os benefícios desta medida reflectir-se-ão, presumivelmente, no aumento da satisfação profissional, na diminuição da frustração, no aumento do sentimento de valia individual à medida que a consideração pelo seu departamento aumente no seio da comunidade e da chefia, e na melhoria do *feedback* dos utilizadores dos serviços (Martin, 1994).

“Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde” (Sousa, 2010).

- **Importância da Redução dos Custos (Gestão/Administração)**

A afirmação de que todas as pessoas têm direito ao melhor e de se poder gastar sempre mais deve ser temperada com o facto de que a prestação de cuidados de saúde não pode basear-se, exclusivamente, em factores médicos, mas também em valores do indivíduo e da sociedade, em aspectos éticos e jurídicos e observando os limites económicos existentes (Vuori, 1982).

Não é complicado convencer as pessoas que melhorar a qualidade dos serviços é positivo quer para os utentes, quer para os colaboradores. No entanto, a dificuldade aumenta quando defendemos que a melhoria da qualidade interessa igualmente aos gestores das unidades, que são constantemente pressionados para reduzir custos (Martin, 1994).

É de salientar que os custos da fraca qualidade nas indústrias de serviços são mais difíceis de estimar, mas não deixam de se tornar visíveis. O efeito *iceberg* dos custos, exposto por Martin (1994), evidencia de forma clara que acima da linha de água estão os custos dos defeitos – voltar a fazer, voltar a verificar, atender reclamações, prescindir de pagamentos –, mas que é abaixo da mesma linha que reside o maior problema, representado pelos negócios de repetição e pelos clientes que se perdem, pelas horas extraordinárias do pessoal e pela quebra da sua moral.

No que concerne às organizações de saúde, perante padrões de qualidade nem sempre é possível poupar, mas à qualidade débil associam-se permanentemente custos e com frequência desperdiça-se dinheiro. Note-se, no entanto, que os custos nunca poderão ser nulos, mas que há uma considerável margem para grandes poupanças e aumentos de qualidade (Martin, 1994).

Relativamente a esta matéria, Domingues (2008) refere que os responsáveis pelo sistema assentam a sua satisfação na rendibilidade dos serviços, na obtenção de taxas de atendimento e produtividade desejadas. Os colaboradores remetem a sua satisfação para a avaliação positiva do seu desempenho (por parte da chefia e dos utentes), para a aproximação das práticas dos consumidores ao perfil ideal de utente, para os vencimentos auferidos, para as condições materiais de trabalho e para o prestígio social atribuído à profissão. Por último, os consumidores justificam a sua satisfação a partir do atendimento eficiente, da resolução de problemas no tempo previsto ou anunciado, da atenção que merecem dos funcionários e das condições materiais dos serviços.

Imperatori (1999) sublinha que o grau de satisfação dos utentes pode ser medido através dos indicadores de qualidade da própria unidade de saúde, informações bem estruturadas que avaliam componentes importantes de produtos, serviços ou processos. O indicador é uma ferramenta (de melhoria da qualidade) que visa “vigiar”, a qualidade através das suas medição e avaliação efectuadas por quem consome o produto/serviço e não por quem produz/faculta (Imperatori, 1999).

É neste sentido que, a definição de políticas que visem a melhoria e a garantia de elevados padrões de qualidade e, conseqüente, monitorização e análise desses padrões/resultados (avaliação da qualidade) se torna essencial no campo da saúde, em geral, e da saúde pública em particular (Sousa, 2010).

Peter Drucker (1990) relata no seu livro *Organizações Sem Fins Lucrativos*, a propósito da temática da inovação organizacional, que as instituições sem fins lucrativos vêem o seu *marketing* assente nos próprios funcionários, acabando estes, em casos específicos, por ser os seus principais clientes. Em sentido similar diz que “Administrar uma entidade sem fins lucrativos equivale a navegar numa canoa com dois flutuadores laterais, tratando constantemente de mantê-la em equilíbrio, equilíbrio esse que consiste em não ver somente o quadro geral, mas lembrar-se do indivíduo que está ali sentado (...) que necessita de ajuda” (Drucker, 1990: 39).

1.1.5. Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários

“(...) sistemas de Saúde orientados para os cuidados de saúde primários são os que melhor podem atingir a optimização dos cuidados de saúde (Biscaia, 2006 – cit. Giraldes, 2007).

Começa-se por citar a obra de Pedro Ferreira, Vítor Raposo e Paula Godinho (2005) – A voz dos utilizadores dos centros de saúde -, que refere que “O principal critério, para além dos cuidados preventivos, para se garantir a contínua melhoria da

qualidade dos cuidados de saúde é satisfazer as necessidades dos cidadãos doentes. No fim de contas, o doente é o único competente para dizer se os cuidados que recebeu ajudaram a melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida”

De acordo com Pisco e Biscaia (2001), a integração da perspectiva dos utilizadores dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral, tanto nos processos de tomada de decisão como no respeito das suas necessidades e expectativas, é hoje algo que se exige naturalmente. Como já relatado, igualmente na trilogia de Donabedian se pode facilmente identificar “a satisfação dos doentes como uma das áreas de medição da qualidade dos resultados em saúde” (Donabedian, 1980 – cit. Ferreira *et al.*, 2005).

Segundo Wensing e Grol (1998 – cit. Ferreira *et al.*, 2001) há vários métodos para envolver os doentes na prestação dos cuidados. Um deles consiste em recolher dados de satisfação com os cuidados e devolvê-los aos prestadores para serem usados em planos de acção orientados para a melhoria da prestação.

Exemplo de um processo deste tipo, já aplicado em Portugal em 1998, é o estudo EUROPEP. Este projecto teve como objectivos desenvolver um instrumento de medição da satisfação dos utilizadores da prática da medicina geral e familiar na Europa e fornecer informação útil para a administração e governação em saúde e para os cidadãos organizados e interessados numa melhor prestação de cuidados de saúde (Ferreira *et al.*, 2005). O seguimento de processos metodológicos rigorosos e aceites internacionalmente permite-nos discutir actual e garantidamente os resultados obtidos neste estudo e inferir algumas conclusões que nos ajudem a melhorar a situação existente (Ferreira, 2001 – cit. Ferreira *et al.*, 2001). Relativamente ao modelo conceptual subjacente ao inquérito retrospectivo por questionário utilizado no propósito em questão, este é composto por dois grandes grupos de indicadores: indicadores – chave EUROPEP e indicadores de áreas específicas de satisfação (Ferreira *et al.*, 2005). O primeiro grupo mede essencialmente “cinco dimensões dos cuidados primários: (i) relação e comunicação; (ii) cuidados médicos; (iii) informação e apoio; (iv) continuidade e cooperação; (v) organização dos serviços” (Ferreira *et al.*, 2001).

Adoptando uma abordagem totalmente centrada no cidadão utilizador dos centros de saúde, o projecto teve como população-alvo os utentes dos centros de saúde das Sub-Regiões de Saúde de Lisboa, Santarém e Setúbal, representados por uma amostra de 3969 utentes (40,5% dos 9800 utentes contactados) (Ferreira *et al.*, 2001). Quanto ao resultados, na óptica do mesmo autor, “(...) é difícil classificarmos a percentagem de doentes satisfeitos neste estudo como «alta» ou «baixa»”, mas utilizando como referência o valor de 50% como ponto de corte (Roos *et al.*, 1993), podemos arriscar e dizer que a situação dos cuidados de saúde primários é, sob o

ponto de vista dos utentes, inquietante (Ferreira *et al.*, 2001). A dimensão da qualidade «relação e comunicação» apresentou avaliações particularmente positivas, reflectindo que a população classifica a interacção com o seu médico de família de boa, quer em termos humanos quer técnicos. Por outro lado, os aspectos respeitantes à gestão («organização dos serviços») obtiveram avaliações mais negativas, “como é o caso dos tempos de espera, da acessibilidade, da disponibilidade e da organização dos serviços” (Ferreira *et al.*, 2001).

Os resultados encontrados por este estudo correm o risco de serem contraditórios, na medida em que por um lado os principais indicadores nos podem levar a uma imagem cor-de-rosa dos cuidados primários e por outro nos evidenciam dezenas de comentários negativos conducentes a conclusões diferentes. Ambas as situações são reais e coexistem. “São os cidadãos emocionalmente dependentes do seu médico de família, habituados à situação e a esquemas organizacionais que lhes são impostos sem alternativa; são cidadãos sem cidadania assumida, que não entendem como direitos os da participação nas áreas relacionadas com os cuidados de saúde...” (Ferreira *et al.*, 2001).

Outra análise desenvolvida em Portugal no ano de 2006 e orientada para a qualidade dos cuidados de saúde primários baseou-se na medição do Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade (IAAEQ). Resultante da combinação do Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência (IAAE) e do Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade (IAAQ), este indicador objectiva e expressa a avaliação dos centros de saúde numa perspectiva de eficiência e de qualidade e atribui uma classificação aos centros de saúde segundo um princípio de *star-rating* (atribuição de estrelas) (Snelling, 2003; IASIST, 2004 – cit. Giraldes, 2007). O IAAE constitui-se por indicadores de eficiência relacionados com a actividade principal do centro de saúde, como são a despesa com medicamentos e a despesa com meios complementares de diagnóstico. Já o IAAQ considera os indicadores de processo, designadamente o número de episódios que ocorreram nos diferentes sub-serviços dos centros de saúde (exemplos: número de mamografias em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos por utente deste grupo etário; número de consultas marcadas com hora de atendimento no total de número de consultas), e cinco indicadores *outcome* (percentagem de nados vivos cuja mãe tem idade inferior a 15 anos, mortalidade pós-neonatal, mortalidade por tuberculose na população total, morbilidade por hepatite B na população total e morbilidade por sarampo na população total). Foram abrangidas todas as sub-regiões de saúde de Portugal Continental e utilizados os dados obtidos em 2003, últimos disponíveis até à data. Diferindo do EUROPEP, este projecto propôs-se proceder a uma avaliação dos centros de saúde

numa perspectiva de gestão e da qualidade da prestação, mas sem envolver directamente os utentes ou pelo menos sem proceder à recolha de dados junto destes intervenientes (Giraldes, 2007).

Abordando os resultados, verificou-se que a análise do IAAE evidencia a necessidade de reforçar as despesas com actividades preventivas em relação à despesa com actividades curativas por utilizador. Segundo Giraldes (1991; 1995; 2005 – cit. Giraldes, 2007), dever-se-á ter em atenção um princípio de igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, devendo essa avaliação de necessidades ser realizada de acordo com três critérios: o critério da utilização de serviços de saúde, que assenta no princípio de que qualquer pessoa, independentemente do local de residência, dever ter a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde; o critério da situação sanitária, que pressupõe que se discrimine positivamente os centros de saúde com maiores necessidades de saúde; e o critério de cobertura da população por serviços de saúde, que se coloca numa perspectiva crítica em relação à atribuição de recursos apenas nos serviços de saúde quando o objectivo ultimo é atenuar as desigualdades existentes ao nível da saúde.

O coeficiente de variação relativo ao IAAQ revelou-se muito elevado, comparativamente com os outros coeficientes de variação relacionados com o IAAE e com a síntese dos indicadores de processo, pelo que se torna indispensável uma intervenção imediata na área dos indicadores *outcome* considerados, nomeadamente, quanto à gravidez na adolescência, quanto à mortalidade pós-neonatal e quanto à morbilidade por tuberculose, hepatite B e sarampo (Giraldes, 2007).

De uma análise geral inferiu-se deste estudo que coexistem diversos modelos de gestão, particularmente: um modelo no qual predomina a despesa com pessoal relativa a actividades preventivas por utilizador, em relação à despesa com actividades curativas por utilizador; um modelo em que a despesa com actividades curativas por utilizador é muito elevada e muito distanciada do valor médio do Continente; um modelo em que a despesa com medicamentos apresenta um valor mínimo, sem que exista preocupação com a distribuição da despesa com pessoal entre as diversas actividades; e um modelo em que a preocupação existe relativamente à contenção da despesa com meios complementares de diagnóstico e nem tanto com actividades preventivas *versus* curativas ou com a despesa com medicamentos. Embora se considere o primeiro modelo o mais correcto, haverá a pertinência de adequar cada modelo à realidade de cada sub-região, segundo a estrutura etária da população e o respectivo padrão de morbilidade (Giraldes, 2007).

A propósito da diversidade de princípios de gestão existente nos cuidados de saúde primários, Correia de Campos (2008: 100) afirma que “No sector da saúde,

onde o trabalho é cada vez mais multidisciplinar, parte das tarefas são já realizadas através de redes, com recurso ao trabalho em equipa e num ambiente de gestão horizontal. Aqui a gestão do conhecimento consiste sobretudo em colocar ao alcance de cada funcionário e gestor a informação que ele necessita, no momento preciso, para que a sua actividade seja efectiva”.

Recordando o estudo que focámos anteriormente, este não avalia a perspectiva de qualidade relacionada com o estado das instalações ou o respectivo conforto (Giraldes, 2007).

Programa de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr), já referido anteriormente, foi outro projecto criado no contexto da avaliação da prestação de cuidados de saúde direccionado para a dimensão dos cuidados de saúde primários. Este instrumento parte do pressuposto que a qualidade dos cuidados de saúde depende basicamente de dois factores, de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados e são prestados os serviços, e preocupa-se sobretudo com a organização dos serviços e com a revisão contínua dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes (Rodrigues *et al*, 1999).

Desenvolvido sob a orientação da DGS/Sub-Direcção Geral para a Qualidade e IQS, utiliza uma metodologia assente num quadro temporal explicitamente definido, apoiada numa liderança efectiva e na participação de todos os profissionais dos CS. Assume-se como um processo de melhoria contínua do desempenho organizacional que privilegia a auto-avaliação voluntária (Rodrigues *et al*, 1998) e enquadra a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e a melhoria da organização e gestão dos CS (Rodrigues *et al*, 1999).

O MoniQuOr CS foi elaborado em 1996/97, com a colaboração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da Administração Regional de Saúde do Norte, da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, do Colégio de Medicina Geral e Familiar, da Ordem dos Médicos e da DGS (Sequeira, 2005). Os seus principais objectivos passam por: elaborar critérios de Qualidade Organizacional; criar um sistema de avaliação interpares; avaliar o impacto na qualidade e reduzir a variabilidade da Qualidade dos Serviços de Saúde (Rodrigues *et al*, 1999). Quanto às áreas de avaliação, compreende seis (organização e gestão; direitos dos cidadãos; promoção da saúde; prestação de cuidados de saúde; educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos), vinte e três sub-áreas e cento e sessenta e três critérios de qualidade que permitem, não só a auto-avaliação como refere Rodrigues *et al* (1998), mas também a avaliação interpares e a avaliação externa (Biscaia e Pisco, 2001).

O projecto em questão teve a sua primeira apresentação pública em Coimbra em Dezembro de 1997, aquando da validação dos seus critérios, a que se seguiu uma primeira auto-avaliação voluntária dos CS em 1998, uma segunda auto-avaliação e uma avaliação cruzada em 1999 e uma terceira auto-avaliação em 2000 (Biscaia e Pisco, 2001; Sequeira, 2005). Estas avaliações foram sempre acompanhadas de informação de retorno personalizada a todos os centros de saúde participantes, comparando os seus dados com a média nacional, da região e sub-região de saúde (Biscaia e Pisco, 2001).

Após algum tempo de interrupção, por haver duvidas relativamente à capacidade de adaptação do instrumento à nova estrutura organizacional dos CS (Pisco, 2004), o estudo foi relançado em 2004 com a designação de “MoniQuOr 2004” e apresenta actualmente uma versão *on line* do questionário para utilização dos CS (Sequeira, 2005). Os respectivos resultados desta avaliação foram publicados no primeiro trimestre de 2005. De acordo com Rodrigues *et al* (1999), “A sua utilização pelos Centros de Saúde contribuirá para a melhoria de um conjunto de aspectos do seu funcionamento, nomeadamente a organização de serviços centrados nos utilizadores, o planeamento estratégico e as revisões sistemáticas e multidisciplinares da qualidade, os programas de melhoria contínua assim como a melhoria da comunicação interna e facilitará a elaboração de um plano de acção e o reconhecimento externo do nível de qualidade atingido pelo serviço”.

Se por um lado é reconhecido que as perspectivas dos doentes são importantes na medição da qualidade dos cuidados prestados e que as avaliações que produzem têm valor como medidas de efectividade clínica e eficiência económica (Grol *et al.*, 2000 – cit. Ferreira *et al.*, 2005), por outro lado ter em conta estas avaliações é uma forma de contribuir para a democratização dos serviços de saúde (Ferreira *et al.*, 2005).

A este propósito, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), no Relatório de Primavera 2009, refere que “A saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade. Paralelamente, é consensual afirmar-se que capacitar o cidadão e perceber os seus pontos de vista é um aspecto central nos serviços de saúde. Contudo, a saúde continua a ser uma questão considerada individual conduzindo a perguntas como “Qual o papel do cidadão no sistema de saúde?” e “Como tem evoluído esse papel à medida que novas políticas de saúde e novas tecnologias se vão desenvolvendo?”” (Portugal, 2009: 95).

No que concerne ao conceito de capacitação dos doentes, do ponto de vista de Cardoso (2002) este tem por objectivo que o paciente tenha direito a fazer as suas próprias escolhas em termos de cuidados de saúde, mas que tais opções obriguem

naturalmente a um conjunto de pressupostos para se ser saudável. Relacionado com o ensino de consciência crítica às populações, o conceito em enfoque assenta no direito aos doentes de interferirem nas decisões clínicas, enquanto o papel primordial dos profissionais de saúde é, neste contexto, o de os preparar a tomar decisões acerca dos seus cuidados médicos. Surgindo sob diversas formas (associações reivindicatória, ou luta de cidadãos isoladamente), o seu futuro tem implicações a vários níveis, quer governativas, quer económicas, não se limitando apenas aos doentes, mas também futuramente aos não-doentes, no sentido da sua saúde ser preservada (Cardoso, 2002).

O Relatório de Primavera 2001, do OPSS, menciona-se sobre o carácter governativo da área da saúde afirmando que se mantém “uma grande desresponsabilização da administração em saúde aos vários níveis, que, por um lado, tem levado a uma crescente insatisfação por parte dos utentes dos centros de saúde e, por outro lado, à constatação da existência de assimetrias no acesso dos cidadãos aos cuidados primários (Portugal, 2001). A governação em saúde diz respeito às acções e meios adoptados por uma sociedade para se organizar a si própria na promoção e na protecção da saúde da sua população (Dodgson *et al.*, 2002 – cit. Ferreira *et al.*, 2005). Segundo a OMS (1998a, 1998b – cit. Ferreira *et al.*, 2005), a boa governação para a saúde é a capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

“No fundo, criar e desenvolver uma cultura de qualidade na saúde é a tarefa e desafio que, individual e colectivamente, temos de assumir” (Biscaia e Pisco, 2001).

De acordo com a OMS (1978) e com Starfield (1992), é na dimensão dos CSP que esta cultura se deve gerar, uma vez que é a este nível que “os cuidados organizam e racionalizam, para cada indivíduo no seio dos seus grupos sociais de maior referência, a mobilização e a distribuição de recursos, especializados e outros, direccionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde e bem-estar” (Biscaia *et al.*, 2008).

2. A SATISFAÇÃO

O dicionário de língua portuguesa da Porto Editora (2009) considera que a palavra satisfação provém do latim *satisfactio* e significa acto ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se, contentamento e alegria. Para Graça (1999) trata-se “basicamente de uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções”.

Segundo Ajzen e Fishbein (1980 – cit. Guerra, 1994), esta atitude é independente do seu objecto. Tais estudiosos defendem que a atitude de uma pessoa em relação a um comportamento é a sua avaliação positiva ou negativa desse comportamento. Assim, segundo a mesma lógica, a atitude em relação a uma pessoa, instituição ou acontecimento é a avaliação positiva ou negativa da pessoa, instituição ou acontecimento em questão. Resumindo, os autores descritos indicam-nos a atitude como o índice do grau (nível) em que a pessoa se coloca quanto ao gosto ou desgosto por um objecto, considerando-se “objecto” em sentido lato, isto é, qualquer aspecto do mundo que rodeia o indivíduo.

O facto de a satisfação ser uma atitude revela que a mesma não se confina a uma simples percepção, mas constitui uma avaliação com uma marcante natureza afectiva. As atitudes são o substrato das opiniões (racionalizadas) e de outras condutas formalizadas. Trata-se de um sentimento geral de concordância face ao objecto de avaliação (Javeau, 1978).

Ferreira *et al.* (2001), citando Locke (1976), Crites (1969), Mueller e Mcloskey (1990), Muchinsky (1993), Neustron e Davis (1993), opinam que a satisfação constitui um estado emocional, ou seja, um conjunto de sentimentos ou respostas afectivas. Neste sentido, é essencial distinguir resposta afectiva de resposta emocional. Na resposta afectiva, o conceito afecto refere-se a um termo genérico e pouco específico que pode incluir outros fenómenos, como preferências e avaliações. As emoções, por sua vez, focalizam-se em objectos específicos e originam uma série de avaliações e reacções bem determinadas.

É de mencionar que, de acordo com Fishbein e Ajzen (1980 – cit. Guerra, 1994) a característica que melhor distingue atitude de outros conceitos é a sua natureza apreciativa ou afectiva. Linder-Pelz (1982 – cit. Guerra, 1994) sublinha que as expressões de satisfação ou insatisfação constituem expressões de uma atitude, podendo ser tratadas teórica e metodologicamente como tal.

Os trabalhos de Chiavenato (1987) descrevem satisfação como o resultado de um ciclo motivacional. Este teórico defende que com maior ou menor frequência surgem obstáculos ou barreiras impeditivas da satisfação das necessidades, ocasionando frustrações. Tais quadros são considerados desgastantes para o organismo, na

sequência da mobilização de energias que acarretam e de reacções compensatórias. Chiavenato (1987) possui a ideia de considerar que se atinge a satisfação com o culminar de uma necessidade, recuperando-se um equilíbrio interno até que um novo estímulo desencadeie uma nova necessidade e consequentemente um novo ciclo motivacional.

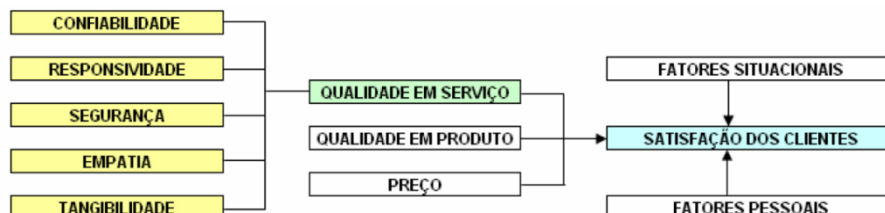
O mesmo autor, ao descrever estas etapas, opina que se o ciclo motivacional não se completar devido ao aparecimento de barreiras ou de obstáculos impeditivos da satisfação das necessidades poderão surgir reacções descompensatórias. A tensão acumulada pode manifestar-se psicologicamente por meio de comportamentos como: descontentamento, apatia, agressividade ou mesmo alterações fisiológicas (Chiavenato, 1987).

Em contexto similar, ainda Idalberto Chiavenato (1987) define necessidade como “uma força dinâmica e persistente que provoca o comportamento”. Realça que sempre que surge uma necessidade, esta rompe o estado de equilíbrio do organismo causando um estado de tensão, insatisfação, desconforto e desequilíbrio.

O’Meara *et al.* (1988 – cit. Chora, 2003) consideram que associada às necessidades humanas se encontra a motivação. Para Fachada (2000), a motivação, sendo um estado interno, resulta de uma necessidade sentida que gera um impulso para o sujeito alcançar a satisfação. Trigo-Santos (1996 – cit. Chora, 2003) entende que estes pressupostos são influenciados pelas teorias da motivação que derivam essencialmente do trabalho de *Maslow*, especialista em motivação humana e criador de uma hierarquia que incute o comportamento dos indivíduos.

No âmbito dos serviços, *Zeithaml* e *Bitner* (2003 – cit. Domingues, 2008) descrevem a satisfação como um conceito amplo capaz de abarcar a qualidade percebida destes:

Esquema 2.2. Componentes da Satisfação



Fonte: *Zeithaml* e *Bitner* (2003 – cit. Domingues, 2008)

Os referidos autores ressaltam ainda, que a qualidade em serviços reflecte a forma como os clientes/utentes organizam mentalmente as informações, ou seja, é a sua percepção relativamente a:

Confiabilidade – refere-se à habilidade de executar o serviço de modo seguro e preciso;

Responsividade – relacionada com a vontade de ajudar os clientes/utentes e prestar o serviço sem demora;

Segurança – no sentido de inspirar credibilidade e confiança;

Empatia – relacionada com o cuidado e a atenção individualizada dedicada aos clientes/utentes;

Tangibilidade – referente à aparência das instalações físicas, equipamento e pessoal.

Vários autores referidos por Miranda (2010) argumentam que a satisfação e as percepções dos utentes estão frequentemente relacionadas entre si, sublinhando no entanto, divergências quanto à sua definição e interação.

2.1. A SATISFAÇÃO DO UTENTE ENQUANTO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

“A missão de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é a satisfação das necessidades objectivas e subjectivas dos seus utilizadores efectivos ou potenciais” (Ferreira *et al.*, 2005).

Quando reportamos o conceito de satisfação aos cuidados de saúde constatamos que qualquer que seja o nível de análise que tomemos ou o formato organizacional das instituições se tratam de serviços compreensivos prestados para produzir mudanças no estado patofisiológico e/ou psicossocial dos indivíduos (Ferreira, 1999). “Enquanto consumidores de serviços, devem ter uma resposta pronta às suas necessidades, um acesso fácil a apoio social, devem poder, sempre que possível e aconselhados, escolher o prestador e devem ter asseguradas as amenidades básicas. Quando qualquer um destes aspectos não está garantido, cria-se um espaço para a legitimidade da insatisfação” (Ferreira e Lourenço, 2003).

Em matéria de investigação, a satisfação tem sido tratada quer como uma variável dependente (determinada pelas características sociodemográficas dos utentes e/ou pelas características do serviço) quer como uma variável independente (que prevê comportamentos futuros) (Guerra, 1994). Linder-Pelz (1982 – cit. Guerra, 1994) refere que em ambos os casos a investigação se tem orientado prioritariamente para o problema com o fim de fornecer dados através dos quais administradores, médicos e grupos de consumidores podem tirar conclusões em diferentes situações e não, para uma investigação destinada a fornecer dados que expliquem os níveis de dependência entre satisfação e características dos utentes e dos serviços, ou entre satisfação e (subsequentes) comportamentos a esperar do utente.

No ano de 1975, o grupo Ware debruçou-se sobre artigos e relatórios publicados em data, tendo concluído que os trabalhos sobre satisfação do utente abordavam um grande número de assuntos, os quais poderiam ser agrupados em dez dimensões: 1) acessibilidade/conveniência, 2) disponibilidade de recursos, 3) continuidade de cuidados, 4) resultados dos cuidados (eficácia), 5) financiamento, 6) relações humanas, 7) recolha de informação, 8) prestação de informação, 9) comodidade das instalações e 10) qualidade/competência. Mais tarde, o mesmo grupo reduz o número das dimensões para cinco: qualidade dos cuidados, acessibilidade, financiamento, envolvente/conforto físico e resultado dos cuidados (eficácia) (Guerra, 1994).

Segundo Linder-Pelz (1982 – cit. Guerra, 1994), a determinação destas dimensões recai sobre uma definição de satisfação do utente que não aponta a natureza do fenómeno, mas permite, sobretudo, reconhecer a sua multidimensionalidade.

Neste sentido, Donabedian (1989) aponta que quando um utente avalia a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, emite juízos acerca da bondade das componentes técnica, interpessoal e amenidades, bem como acerca das consequências das mesmas no estado de saúde percebido, o que significa que no conceito de satisfação intervêm uma amálgama de variáveis de estrutura, de processo e de *outcome*.

Tanto Donabedian (1983) como Vuori (1986) sintetizam, com elevado grau de concordância, a ligação do tema satisfação ao da qualidade global dos cuidados de saúde. Na trilogia de Donabedian (1980 – cit. Ferreira *et al*, 2005) facilmente se identifica a satisfação dos doentes como uma das áreas de medição da qualidade dos resultados em saúde. Poder-se-á afirmar que a satisfação opera como reforço da capacidade efectiva de diagnóstico e terapêutica, referindo-a Vuori (1986) como pré-requisito da qualidade e Donabedian (1983) como um *input*. Enquanto resultado desejado e legítimo do processo de prestação de cuidados, Donabedian (1983) nomeia a satisfação como um *outcome* a garantir e Vuori (1986) reconhece-lhe o carácter de atributo dos bons cuidados de saúde. Para Lopes (2008), existe uma ligação quantitativa entre a qualidade de serviços e a satisfação: a qualidade de serviços no domínio dos aspectos cognitivos e a satisfação no domínio dos aspectos afectivos.

Baseado na mesma lógica de pensamento, Neves (2002) aponta que a satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, se reveste de maior importância tanto para entender as políticas definidas para o sector como para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação. Para Blumental (1996 – cit. Fortuna *et al.*, 2001), os serviços de saúde devem responder às

preferências e aos valores dos seus consumidores, em particular dos utentes individualmente, uma vez que a opinião destes é um importante indicador de qualidade, motivo pelo qual se deve ir ao encontro das suas expectativas.

Convém referir neste patamar e de um ponto de vista mais geral, que de acordo com Danaber e Haddrel (1996 – cit. Domingues, 2008), grande parte dos estudos virados para a avaliação da satisfação revelam clientes satisfeitos, o que inclina negativamente a distribuição (assimetria negativa). Para os autores, tal constatação é explicada pelos seguintes pressupostos: os indivíduos podem estar realmente satisfeitos com o que consomem ou compram; a satisfação é causada por factores (expectativas e desempenho) cujos antecedentes podem influenciar a forma e o nível das distribuições observadas; a satisfação pode revelar uma distribuição diferente da que classificamos como normal; o nível e a forma de avaliar a satisfação de clientes decorrem das metodologias empregadas nas pesquisas.

Analisando o conceito no âmbito dos Estudos da Satisfação dos Utentes do HESE E.P.E. (1º-2007 e 2º-2008) e tendo em conta os três contextos abordados (internamento, consultas externas e urgências), o relatório de 2008 sugere a presença de uma imagem bastante positiva, embora alguns aspectos careçam ainda de melhorias substanciais, designadamente no que se refere à humanização dos serviços em geral e ao ambiente físico, às instalações sanitárias, à higiene e limpeza e à privacidade e conforto das diferentes instalações, em particular. Observando os indicadores considerados em ambos os estudos (a) Aspecto gerais do Hospital; b) Acessos; c) Pessoal; d) Exames e tratamentos; e) Outros serviços prestados no HESE E.P.E.; f) Instalações; g) Informações sobre o HESE E.P.E.; h) Expectativas e Fidelização), verifica-se uma diminuição da satisfação dos utentes do internamento e da urgência sobretudo relativamente à “qualidade das instalações” de 2007 para 2008. O mesmo sucede para os doentes das consultas externas no que se refere ao “desempenho dos Enfermeiros”. Os restantes aspectos são igual ou superiormente valorizados entre os dois relatórios.

Ferreira *et al.* (2001), no estudo “Determinantes da Satisfação dos Utentes dos Cuidados Primários: o Caso de Lisboa e Vale do Tejo”, cujos objectivos passaram por (a) avaliar a percepção que os cidadãos utentes dos centros de saúde têm relativamente aos cuidados prestados; (b) entender mais as razões subjacentes a estas avaliações, obtiveram os resultados de que grande parte dos utentes está satisfeita com os cuidados prestados, em especial com a sua interacção com os médicos de família, quer em termos humanos, quer em termos técnicos. Contudo, observaram que os aspectos como a gestão e a organização obtiveram avaliações mais negativas, nomeadamente no que concerne à acessibilidade e aos tempos de

espera. Os autores concluíram que o esforço a ser feito reside no sentido das organizações terem os diagnósticos necessários para alterarem “esquemas organizacionais, situações e comportamentos” centrados no cidadão. “Isto é ainda, em grande parte, contracultura. No entanto, trata-se de uma tendência universal” (Portugal, 2001 – cit. Ferreira *et al.*, 2001)⁶.

Mais recentemente (2009), e à luz da nova estrutura organizacional dos CSP, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra levou a cabo uma sondagem às primeiras 146 Unidades de Saúde Familiares (USF's) no sentido de monitorizar a satisfação dos seus utilizadores. Tal estudo revelou, a nível nacional, que a grande maioria dos inquiridos se encontra “bastante satisfeito” (44.5%) – satisfação global EUROPEP - (escala considerada: “muito satisfeito/a” (39%); “bastante satisfeito/a”; “pouco satisfeito/a” (13.4%); “nada satisfeito/a” (3.1%)) no que concerne às dimensões avaliadas: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação e organização dos serviços (indicadores-chave EUROPEP). O aspecto “Relação e Comunicação” é o que apresenta a maior percentagem de utentes “muito satisfeitos” (42.6%), em oposição ao indicador “Organização dos Serviços” com 34.9%. Globalmente, 87% dos inquiridos recomenda fortemente a sua USF a um amigo (Ferreira e Antunes, 2009).

O quadro seguinte destaca várias iniciativas de avaliação da satisfação dos utentes realizadas nos últimos anos, em Portugal. São nove estudos (síntese dos objectivos e metodologias) que abrangem as dimensões CSP e cuidados de saúde hospitalares.

⁶ Um estudo relacionado, realizado na Noruega – “Prestação de Serviços e Satisfação dos Pacientes em Cuidados Primários” - no ano de 2008, revelou uma associação positiva e relativamente forte entre o nível de produção de serviços dos médicos de clínica geral e a satisfação do paciente com o tempo de espera para uma consulta. No entanto, não evidenciou qualquer tipo de associação entre o nível de produção de serviços a as duas outras medidas de satisfação do paciente consideradas (“passou bastante tempo comigo” e levou os meus problemas a sério”) (Grytten, Vlarsen e Skau, 2008).

Tabela 2.1. Síntese dos Estudos de Avaliação da Satisfação dos Utentes em Portugal

	A Voz dos Doentes – satisfação c/ a MGF	Determinantes da Satisfação c/ os CSP em LVT	Saúde e Doença em Portugal	EUROPEP – Portugal Continental	O que os portugueses pensam do SS	Estudo <i>Marktest</i>	O Estado da Nação		
	(1999)	(2001)	(2002)	(2002)	(2002)	(2002)	2001	2002	2003
Objectivo	Medir os resultados em saúde em termos de ganhos de saúde ou necessidades satisfeitas e a forma como esses cuidados são prestados.	Avaliar a percepção que os utentes dos CS têm dos cuidados que lhes são prestados e perceber quais as razões dessas avaliações	Conhecer o relacionamento da população com o SNS e as suas atitudes perante as políticas públicas nesse domínio.	Avaliar a percepção que os utentes têm qualidade dos CSP.	Perceber qual a avaliação que os portugueses fazem dos equipamentos postos à disposição pelo SNS.	Perceber a avaliação que os portugueses fazem dos cuidados de saúde/médico de família.	Conhecer a opinião dos portugueses sobre os principais assuntos da sociedade portuguesa.		
Metodologia	Em 3 partes: - estudo de prioridades (para seleccionar indicadores de qualidade) - estudo de avaliação (desenvolvimento de um instrumento padronizado para avaliação dos CSP, o Europep) - estudo final (aplicação do questionário e análise dos resultados) Aplicação a utentes do SNS	Inquérito retrospectivo a uma amostra de 4000 utentes dos CS das 3 sub-regiões de saúde de LVT. Aplicação a utentes do SNS.	Inquérito sociológico numa amostra de 2537 pessoas maiores de 18 anos. Aplicação a utentes e não utentes do SNS.	Aplicação de um questionário baseado no questionário Europep a 4714 utentes de 194 CS do país. Aplicação a utentes dos CS de Portugal Continental	Entreviste directa e pessoal com base num questionário (elaborado em 1999 pela Fund. Antero de Quental) a uma amostra de 1010 pessoas (com mais de 18 anos e a residir em Portugal Continental) por 46 entrevistadores. A amostra segue uma distribuição proporcional por região.	Entrevista telefónica através de um questionário estruturado que foi aplicado a uma amostra representativa de 806 indivíduos com mais de 18 anos residentes em Portugal em lares com telefone. Seleccção aleatória dos lares contactados e selecção dos entrevistados pelo método de quotas.	Recolha de informação em 3 fases: através de cupões publicados no jornal DN e através do site do projecto; realização de entrevistas a personalidades privilegiadas sobre a sociedade; Aplicação de um questionário por telefone a cerca de 1000 entrevistados seleccionados por amostragem aleatória estratificada por distrito e região autónoma. A selecção foi aleatória e o universo estudado foi a população residente em Portugal com mais de 15 anos, em domicílio com telefone.		
CS – Centro de Saúde; CSP – Cuidados de Saúde Primários; MGF – Medicina Geral e Familiar; LVT – Lisboa e Vale do Tejo; SNS – Serviço Nacional de Saúde; SS – Serviços de Saúde									

Fonte: Biscaia *et al* (2008)

É de salientar neste contexto, mas de outra perspectiva, que a OMS (1996 – cit. Portugal, 2004a) assinala que “a opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é um indicador recomendado para a avaliação do estado de saúde das populações”. Acerca desta temática, Ferreira e Santana (2003) apresentaram um estudo cuja finalidade foi contribuir para a definição de normas portuguesas – “Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População: contributo para a determinação de normas portuguesas”. Usando como instrumento de medição a versão portuguesa do SF-36⁷ em cidadãos portugueses saudáveis ou doentes, verificou-se a fácil contextualização das duas dimensões em causa. Os autores justificam a pertinência do estudo em questão no facto de que “medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde (por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), a áreas geográficas (entre regiões, países ou zonas dentro dos países), a condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições económicas (por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação) ou ainda relativas ao género e à idade” (Ferreira e Santana, 2003).

“(…) é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, pensam e porquê, aquilo que preferem e porque razão o preferem. É contudo, igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão” (Sakellarides, 2003).

2.2. A SATISFAÇÃO DOS UTENTES E A SUA PERCEPÇÃO DE EQUIDADE

“A equidade em saúde é normalmente encarada como justiça na obtenção, uso e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. (...) A avaliação da satisfação que os cidadãos manifestam após uma experiência de prestação de cuidados é assim reveladora da percepção dessa equidade” (Ferreira e Lourenço, 2003).

Segundo Giraldes (2001), o conceito de equidade tem sido debatido nas suas várias acepções, sendo o de equidade de utilização o mais preciso, mas o de equidade de acesso o mais frequentemente expresso em textos (Giraldes, 1997; 2001). Neste sentido, a autora introduz uma componente ao conceito de equidade de utilização – a satisfação do utente – com o fim de o aperfeiçoar e de o tornar mais facilmente mensurável. No estudo que realizou – “Equidade de utilização segundo o

⁷ O SF-36 é uma versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997). É um questionário genérico (36 itens – 8 subescalas), com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. É também de fácil administração e compreensão, do tipo auto-aplicável (Martinez, 2002).

Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes?” –, onde aplicou este conceito e procedeu à respectiva ponderação em função da satisfação do consumidor, Giraldes utilizou como medida de quantificação das necessidades em saúde o número total de episódios de morbilidade, declarados no Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996, relativamente à população inquirida. Quanto aos indicadores de utilização de serviços de saúde foram seleccionados o número de consultas médicas, de análises e de radiografias realizadas nos últimos três meses, referentes à mesma população. O indicador de satisfação do utente assentou na opinião deste em relação a consultas médicas realizadas em CS, Hospitais e Maternidades públicos. No que respeita às conclusões, estas combinaram com uma proposta de redistribuição de recursos em saúde e com o aperfeiçoamento dos vários indicadores abordados, a nível regional, tendo em consideração a estrutura da população, o nível de morbilidade e a satisfação do consumidor com a prestação de serviços de saúde, sendo este último aspecto inovador em relação a métodos anteriores. Um novo contributo para a metodologia baseado na equidade de utilização (Giraldes, 2001).

Sobre este assunto, Campos (2008) afirma que “temos que distinguir entre “equidade em saúde” e “equidade na utilização dos serviços de saúde”, uma vez que nem todos os factores determinantes das desigualdades nos níveis de saúde intervêm na determinação das desigualdades da utilização. (...) a utilização dos serviços está condicionada tanto pelas necessidades de saúde da população como pelas características da oferta de mercado de serviços...” (Campos, 2008: 55).

Ferreira e Lourenço (2003) admitem que a avaliação subjectiva surge como fundamental para uma nova noção de equidade que assenta na forma como os utentes são atendidos nas instituições de saúde. “A falta de equidade ocorre sempre que diferentes pessoas ou diferentes grupos populacionais sentem que não estão a receber o mesmo tipo de tratamento em situações semelhantes” (Ferreira e Lourenço, 2003). Quando se começa a não poder garantir a todos a mesma atenção, e ainda menos a atenção selectiva proporcional às necessidades, cabe ao Estado saber quem deve receber cuidados ou atenção primeiro (Campos, 2008).

Os resultados dos inquéritos de satisfação ou de avaliação da qualidade em saúde transparecem de que forma as respostas dos inquiridos não são independentes das suas próprias características e da experiência que têm do sistema. A existência de uma possível disparidade tem que ser tida em conta ou corre-se o risco da determinação da equidade dos cuidados de saúde ser afectada, uma vez que valores diferentes podem não representar desigualdades, muito menos iniquidade, e valores idênticos podem camuflá-la (Ferreira e Lourenço, 2003).

“(...) se identificarmos os factores que provocam a origem das desigualdades, poderemos também identificar aqueles factores injustos e evitáveis” (Campos, 2008: 55).

3. A REORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Na perspectiva de Correia de Campos (2008), a reforma de 2005 dos CSP portugueses constitui, juntamente com a rede de cuidados continuados a idosos e dependentes, um dos grandes objectivos da governação na saúde. “Sem um sistema correcto de organização dos CSP não pode haver uma estratégia de ganhos em saúde. São o primeiro contacto, o encontro da família com o sistema, quando está doente, mas também quando se mantém saudável. Contacto mediado pela escola, pela comunidade de convivência, pelo local de trabalho” (Campos, 2008: 89). Para Sakellarides (200? – cit. Biscaia *et al.* 2008), “os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos...”.

Segundo Biscaia (2006), a necessidade deste paradigma de mudança assenta sobretudo na evidência. Tomando como exemplo alguns estudos do atributo da satisfação dos utentes dos serviços de saúde portugueses, pode-se concluir que a avaliação dos aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados que são prestados é positiva, mas que a avaliação referente a aspectos associados à gestão e à organização, como a disponibilidade e acessibilidade, o atendimento por parte dos funcionários, a organização dos serviços e o tempo de espera é relativamente negativa (Biscaia, 2006).

De forma similar, os relatórios da Inspeção-Geral da Saúde concernentes às avaliações realizadas nos CS sobre «Atendimento e Humanização» (2003) reforçam a ponderação negativa e traçam um cenário negro da organização/gestão do CS com quatro vectores principais: falta de profissionais a todos os níveis, falhas de formação em especial no sector administrativo, inexistência de cultura e prática de trabalho em equipa e insuficiente resposta à população que servem (Biscaia *et al.*, 2008).

Do ponto de vista das avaliações de entidades internacionais sobre a saúde em Portugal, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE) reporta, no ano de 2004, falhas na avaliação do impacto das mudanças adoptadas, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, baixa qualificação de alguns dos recursos humanos, o desequilíbrio na atribuição de recursos que desfavorecem claramente o sector dos CSP e a falta de coordenação entre os vários níveis de cuidados e serviços (Biscaia, 2006).

Ainda num plano negativo, a OMS, apesar de classificar o Sistema de Saúde Português, no ano de 2000, como o 12º melhor do mundo quanto ao seu desempenho global (em 191 países), não o colocou acima do 38º lugar no que respeita às

expectativas não médicas (acesso, conforto, horários) e do 58º se nos centrarmos em questões de justiça na contribuição financeira (OMS, 2000 – cit. Biscaia, 2006).

O próprio PNS 2004-2010 sublinha as insuficiências na organização dos CS, assim como a pouca participação dos cidadãos na vida do CS, a ausência de sistemas de informação adequados, a pouca diversificação de respostas e as limitações na formação dos profissionais. O mesmo documento considera, no entanto, que é nos CSP que, em Portugal, mais se tem inovado em termos de rigor e avaliação da qualidade, mas que a “aposta no desenvolvimento de uma cultura de avaliação da qualidade dos serviços prestados tem de ser mais forte” (DGS, 2004a)

Com base neste encadeamento de ideias, o volume II do PNS 2004-2010 define orientações estratégicas, consensualizadas num processo participativo e inclusivo, de entre as quais quatro têm particular interesse por implicarem directamente os CSP e enquadrarem a reforma actual: “a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em *settings* (escolas, locais de trabalho...) e a capacitação do sistema de saúde para a inovação” (DGS, 2004 – cit. Biscaia, 2006).

Apesar de convergirmos especialmente a nossa atenção para a actual reorganização dos CSP em Portugal, se tivermos em conta o conceito e as características definidos na Conferência Internacional dos CSP de Alma-Ata, da OMS e da UNICEF (1978), podemos afirmar que no nosso país, na história da organização dos serviços de saúde, os CSP têm pouco mais de três décadas desenvolvidas em seis períodos relativamente bem delimitados (Biscaia *et al*, 2008):

1. 1970 – 1973: Centros de Saúde de 1ª Geração;
2. 1974 – 1982: Construção do SNS e Período do Serviço Médico à Periferia;
3. 1983 – 1994: Centros de Saúde de 2ª Geração;
4. 1995 – 2001: Modelos organizativos e experimentais dos CSP;
5. 2002 – 2004: Parcerias público-privadas nos CSP/Estagnação;
6. 2005 - ...: (em curso) Reorganização dos CSP/Unidades de Saúde Familiar (USF)/Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Neste período de trinta e poucos anos, “os centros de saúde têm constituído a infra-estrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional”. A própria missão destas estruturas organizacionais tem sofrido, conseqüentemente, algumas evoluções históricas, com enquadramentos histórico-políticos e características distintas (Branco e Ramos, 2001).

Em 2005, uma das primeiras acções do Ministério da Saúde do XVII Governo Constitucional foi a revogação do Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril, que não

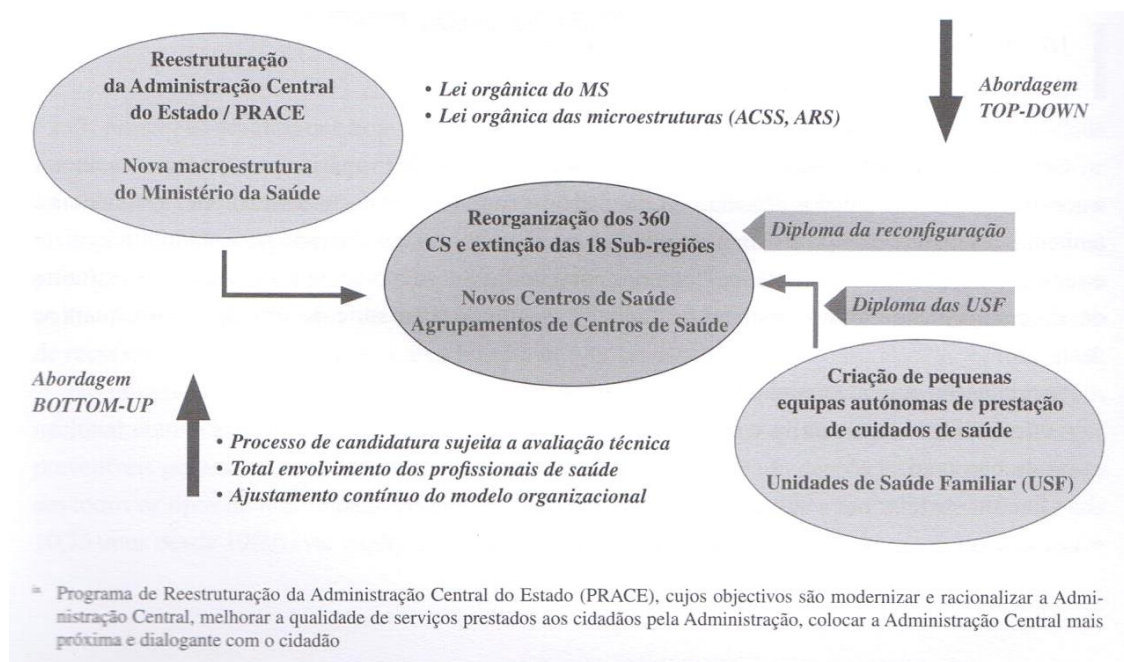
conferia qualquer autonomia aos CS e se baseava “num obsoleto conceito de verticalização dos sectores, diminuindo, assim, a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados de saúde que devem ter no seu centro o utente” (Biscaia *et al.*, 2008).

Concomitantemente é anunciada a criação de “um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários” e, posteriormente uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (Biscaia *et al.*, 2008). Esta estrutura, de natureza missionária e criada na dependência directa do Ministério da Saúde, por Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de Outubro, tem a função de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de Outubro; Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007 de 24 de Abril).

Biscaia *et al.* (2008), na 2ª edição do livro *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*, antes de esmiuçarem as linhas de acção prioritária para do desenvolvimento dos CSP, enumeram uma série de princípios básicos para a modernização e reconfiguração dos CS, enquanto “coração do Serviço Nacional de Saúde” (Pisco, 2007 – cit. Biscaia *et al.*, 2008), nomeadamente: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização; melhoria contínua da qualidade; contratualização e avaliação (Biscaia *et al.*, 2008). Os mesmos autores referem que, assente nos princípios assinalados, o processo de mudança para os “novos Centros de Saúde” passaria por: constituição das USF’s; associação dos CS em ACES; introdução de um novo modelo de gestão; instituição de governação clínica; reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente a desactivação das Sub-Regiões de Saúde) (Biscaia *et al.*, 2008).

O próximo esquema retrata a reforma dos CSP na reestruturação da Administração Central. Trata-se de um processo de mudança assente em dois vectores, um de abordagem *Top-Down* e o outro de abordagem *Bottom-Up*.

Esquema 3.1. A Reforma dos CSP na Reestruturação da Administração Central



A esta abordagem combinada (*Top-Down* e *Bottom-Up*), Branco e Ramos (2001), apoiados em documentos emitidos pela DGS (1999) a propósito da reestruturação organizacional dos CS, acrescentam uma terceira linha de orientação transversal e essencial à mudança organizacional: “apoio formativo e instrumental (...), com mobilização de apoio técnico à desconcentração e ao desenvolvimento de competências e capacidades de gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros) ”.

3.1. LINHAS DE ACÇÃO PRIORITÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CSP

Em Janeiro de 2006, a MCSP emite um documento orientador da sua própria actuação – “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” (MCSP, 2006a). Tratam-se de medidas concertadas propostas em oito áreas diferentes:

1. Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde;
2. Implementação de Unidades de Saúde Familiar;
3. Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública;
4. Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade;
5. Implementação de Unidades Locais de Saúde;

6. Desenvolvimento dos Recursos Humanos;
7. Desenvolvimento do Sistema de Informação;
8. Mudança e Desenvolvimento de Competências.

3.2. O PLANO ESTRATÉGICO 2007 – 2009

A MCSP vê o seu mandato prorrogado por mais dois anos (até Abril de 2009) com o objectivo de assegurar e acompanhar o plano estratégico da reforma dos CSP (MCSP, 2007a). Foi considerado que o “sucesso da mudança dependerá, em grande medida, do tipo de acompanhamento que existir nesta primeira fase, enquanto as estruturas reorganizadas não tiverem o tempo necessário nem tiverem alcançado a estabilidade e a maturidade suficientes para se afirmar” (Biscaia *et al.*, 2008).

A reafirmação da estratégia delineada mostrava-se crucial para a consolidação do novo modelo organizacional, pois vivia-se um período crítico sobretudo para a operacionalização, implementação, acompanhamento e evolução de outras unidades funcionais já previstas no processo de reconfiguração dos CS em ACES (MCSP, 2007b), (...) “para o desenvolvimento de competências de liderança dos dirigentes e práticas de *accountability*, para a difusão e apropriação, pelas diversas unidades, de práticas inovadoras de gestão, nomeadamente, do conhecimento e aprendizagem contínua, da governação clínica, da investigação e da prestação de cuidados de saúde, de modo a que os Cuidados de Saúde Primários em Portugal sejam sinónimo de excelência” (MCSP, 2007 – cit. Biscaia, *et al.*, 2008: 224-225).

O plano estratégico 2007-2009 inclui dez linhas mentoras consideradas essenciais para a viabilidade e sustentabilidade do novo modelo, organizando-se estas em três eixos principais (MCSP, 2007a):

Eixo I – Qualidade e Mudança Organizacional

A – Liderança e Autonomia de Gestão

B – Melhoria da Acessibilidade

“Para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde é necessário garantir, entre outros aspectos, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos, nas várias dimensões em que esta se justifica” (MCSP, 2007a).

Campos (2008), quando na sua obra aborda a questão da equidade de acesso aos cuidados de saúde faz referência a duas figuras distintas de equidade - a equidade horizontal e a equidade vertical. Este autor relata outros teóricos que

afirmam que a equidade horizontal deve ser entendida como um “tratamento igual para necessidades de saúde iguais” e a equidade vertical como o “tratamento “apropriadamente desigual” de necessidades de saúde distintas” (Campos, 2008: 51). Dentro do primeiro conceito (equidade horizontal) considerar-se-ia a existência de necessidades diferentes associadas ao sexo, à idade e às condições sociais, quanto ao segundo (equidade vertical) incorporaríamos a definição de prioridades, por exemplo, entre acções preventivas e cirurgias reparadoras (Campos, 2008).

De uma perspectiva diferente, Giraldes (2001) relembra os debates existentes direccionados para as várias acepções do conceito de equidade, destacando a “equidade de acesso” e a “equidade de utilização”. “Parece existir um consenso generalizado de que o conceito de equidade mais preciso é o de equidade de utilização, embora o mais frequentemente expresso nos textos constitucionais seja o de equidade de acesso” (Giraldes, 1997; 2001). A autora desenvolve que o conceito de equidade de utilização pressupõe oferta e procura concomitantemente, não bastando a existência da equidade de acesso. Os serviços podem existir e não ser utilizados, por falta de informação, assim como a procura expressa pode não ser satisfeita, reflectindo-se em listas de espera. “Apenas o conceito de utilização pressupõe um ponto de encontro entre oferta e procura” (Giraldes, 2001). No documento de referência, a autora citada pretende tornar este conceito mais correcto introduzindo-lhe uma nova componente: a satisfação do utente (Giraldes, 2001).

C – Avaliação e Monitorização

“A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento do SNS (...)” (MCSP, 2007 – cit. Biscaia, 2008).

D – Gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação

É essencial, para permitir “conservar a memória organizacional”, “desenvolver uma política de gestão das tecnologias e da informação e construir sistemas de informação que permitam a interoperabilidade e obedeçam a uma arquitectura comum (...)” (Biscaia *et al.*, 2008: 226)

Eixo II – Governação Clínica e Gestão do Conhecimento

E – Governação Clínica

A governação clínica “vai passar a ser um desafio à prática da Medicina Geral e Familiar nas USF e nos ACES (...)” (MCSP, 2007a).

“O elemento-chave da governação clínica é a articulação entre as vertentes, sob liderança efectiva no seio de uma equipa multidisciplinar” e “numa organização que pratique a governação clínica há uma aceitação do grau de liberdade e do erro e os maus desempenhos são encarados como aspectos a melhorar, colocando de parte uma lógica de culpa e penalização” (Campos, 2008: 106).

“A gestão do risco (actividades relacionadas com a identificação, análise, controlo e custo da prestação de cuidados de saúde inadequados) é um aspecto central da governação clínica, que lhe tenta responder com o desenvolvimento e implementação de protocolos e procedimentos que uniformizem os cuidados a par de treino adequado para todos os envolvidos na prestação dos cuidados” (Biscaia, 2006).

De acordo com Ramos (2009), a governação clínica, enquanto abordagem descentralizada e participativa, permite envolver, fecundar e influenciar todos os profissionais e equipas para os seus princípios essenciais: primado da pessoa e da vida; equidade; efectividade (eficácia, prevenção da doença e promoção de saúde); adequação (adequação clínica – conceito de “boas práticas” e de prática baseada na evidência); promoção da autonomia e respeito pela individualidade dos utentes (promoção da sua participação activa – capacitação/*empowerment*); responsabilidade social e eficiência; flexibilidade/adaptabilidade/ criatividade e inovação (capacidade de adaptação ao meio envolvente). Segundo este autor, a governação clínica e de saúde em CSP beneficiará da convergência e interacção entre cinco estratégias orientadoras: desenvolvimento contínuo da qualidade (elaboração e/ou adopção de protocolos e *guidelines*); atenção ao meio envolvente e à continuidade dos cuidados (programas e projectos de intervenção comunitária); trabalho em equipa; envolvimento de todos os profissionais; desenvolvimento de organizações inteligentes (*learning organizations* – aprendizagem individual e aprendizagem organizacional).

F – Gestão do Conhecimento e Qualificação dos Profissionais

G – Inovação e Simplificação na Prestação de Cuidados

Eixo III – Sustentabilidade de Desenvolvimento

H – Acreditação de Serviços

A linha estratégica em questão assenta no facto de que “é fundamental conceber, lançar e executar, nesta primeira fase da reforma, uma estratégia de avaliação da qualidade dos Cuidados de Saúde Primários de forma a obter resultados, com manifestos ganhos em saúde e estabelecendo uma relação clara entre a qualidade e o desempenho (...)” (Biscaia *et al.*, 2008: 227)

I – Viabilidade Financeira dos Cuidados de Saúde Primárias

J – Comunicação com os Cidadãos e os Profissionais

Parte-se do princípio que a comunicação com os cidadãos e profissionais representa “um poderoso instrumento de gestão de expectativas” e, assim, fundamental em todo o processo” (MCSP, 2007a).

Na mesma linha de pensamento e para agregar como base dos eixos definidos pela MCSP, o Modelo Conceptual do PNS 2011-2016 (2010), apresentado pelo ACS, sublinha como temas a aprofundar:

- Acesso aos cuidados e redução das desigualdades em saúde;
- Cidadania em Saúde;
- Qualidade dos cuidados dos serviços de saúde;
- Políticas saudáveis;
- Integração e continuidade dos cuidados;
- Recursos Humanos;
- Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Ordenamento do território;
- Cuidados de Saúde Primários, (Secundários e Continuados);
- Análise de Planos, Programas e Projectos;
- Avaliação e monitorização;
- Comparação internacional de Planos Nacionais de Saúde;

O ACS salienta ainda a importância da abordagem destes conteúdos baseada numa participação ampla, a qual passa por:

- Outros ministérios;
- Departamentos centrais do Ministério da Saúde;
- ARS's;
- ACES;
- Ordens e Associações Profissionais;

- Associações de doentes e de consumidores;
- Municípios;
- Organizações da Sociedade Civil.

3.3. AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, agrupando um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro). “A autonomia de gestão é um dos factores críticos de sucesso da reorganização dos cuidados primários” (Campos, 2008:104).

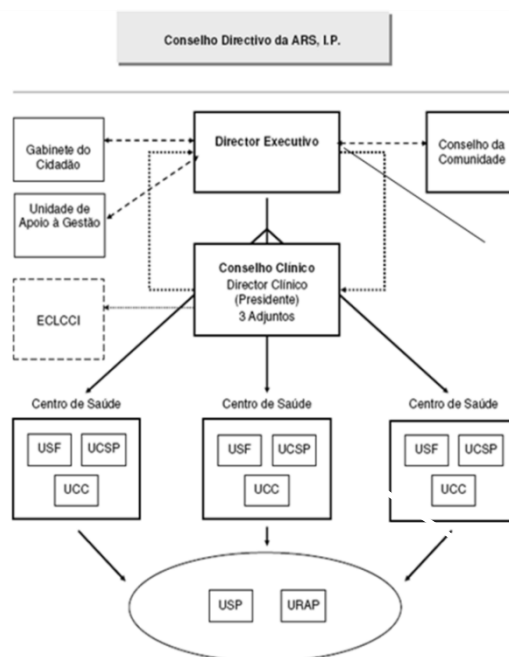
O mapa destas unidades de gestão deverá ser, segundo a MCSP (2007b), o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos actuais CS. O agrupamento deve obedecer a um critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200 mil, complementado por um conjunto de variáveis: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares e divisão administrativa do território e NUT III.

Destas unidades funcionais constam as USF, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade (Despacho nº10143/2009 de 16 de Abril), as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, assim como outras unidades ou serviços consideradas necessárias pelas ARS's. Cada unidade compreende uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, estando assessorada a intercooperação com as demais (Biscaia, 2008).

Esquema 3.2. Reorganização CSP - ACES

Legenda:

ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados.
 UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.
 UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.
 URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.
 USF – Unidade de Saúde Familiar.
 USP – Unidade de Saúde Pública.



Fonte: ACS (2007 - cit. MCSP), 2007.

De acordo com a MCSP (2007b), na área de participação dos cidadãos está prevista a existência de um conselho da comunidade, sendo mantido o Gabinete do Cidadão.

Especificamente, a reconfiguração dos CS obedece “a um duplo movimento”: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna, e por outro, a agregação de recursos e estruturas de gestão (nos ACES), eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP que vão de encontro às necessidades e expectativas da população (MCSP, 2006a)

É de salientar, ainda no que respeita ao processo de contratualização, que as Agências de Contratualização e as ARS's são responsabilizadas por todo o processo de avaliação e acompanhamento das USF, a ser efectuado com base na definição dos termos de referência para a contratualização e de um painel de indicadores de monitorização abrangidos pelas seguintes áreas (Despacho Normativo nº9/2006):

- Disponibilidade;
- Acessibilidade;
- Produtividade;
- Qualidade técnico-científica;
- Efectividade;
- Eficiência;
- Satisfação.

“A contratualização de metas de desempenho com as Unidades de Saúde Familiar deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis nas melhorias dos níveis de acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as unidades que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados o sistema de saúde” (Portaria nº 301/2008).

A par do sistema da contratualização surge o regime de incentivos (Decreto-Lei 298/2007), que passa pela atribuição de prémio institucionais e financeiros à equipa multidisciplinar e visam estimular e apoiar o desempenho colectivo, tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos. Os incentivos institucionais são aferidos pelo desempenho e medidos por quinze indicadores, em quatro áreas: acessibilidade; desempenho assistencial; satisfação dos utentes; eficiência (Biscaia *et al*, 2008).

A decorrente reorganização dos CSP portugueses, apesar de ser muito recente e de se encontrar ainda em progresso, tem de ser considerada um sucesso, de acordo com Biscaia *et al.* (2008). Segundo estes autores, além de ambiciosa é uma reforma inovadora, sendo o balanço desta primeira fase positivo. “(...) está no campo há três anos e a cumprir, salvo atrasos pontuais, o calendário previsto; que tem tido uma adesão que, apesar de não massiva, tem sido suficiente para criar a diferença; que enfrentou os pontos fracos do sistema de saúde, reforçou os fortes, tentou anular as ameaças que sobre ele pendiam e aproveitar as oportunidades que se ofereciam; e que tem sabido ultrapassar as crises que têm sobrevivendo” (Biscaia *et al.*, 2008).

O próprio Grupo Consultivo para a Reforma do Cuidados de Saúde Primários (2009), através do seu relatório (2009), aponta para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e para uma acrescida satisfação por parte de todos os interessados neste processo. A principal mensagem que este documento deixa é a de que a constituição dos novos ACES não pode depender, quase exclusivamente, do sector da saúde para o seu desenvolvimento, pois “a reforma da saúde na actualidade é um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no país e se continuar a ser bem sucedida, resultará em grandes benefícios para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar dos portugueses” (Grupo Consultivo para a Reforma do Cuidados de Saúde Primários, 2009).

4. MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

“Apesar de muito abordado em pesquisas científicas, o tema “Qualidade em Serviços” ainda é objecto de muitas discussões entre investigadores, gestores e administradores. Na sua essência, esta questão é decorrente do envolvimento de dois temas de entendimento não tão trivial: qualidade e serviços” (Freitas, 2005 – cit. Freitas e Cozendey, 2008).

No ramo da saúde, “as preocupações com a Qualidade invadem hoje quase todos os sectores da vida pública” e “A Qualidade é sobretudo um imperativo de cidadania”, afirmou Correia de Campos em 1991, numa mensagem que deixou à revista Qualidade em Saúde. A propósito do mesmo tema, mas abordando-o de outra dimensão, o autor narra no seu livro «Reformas da Saúde – o fio condutor» que, passamos a citar: “É a estes cidadãos (referindo-se aos portugueses) que temos que dar atenção primordial, sob a forma de serviços de igual qualidade para todos (...), O que os portugueses esperam das entidades responsáveis é (...) Que combatam as desigualdades na saúde” (Campos, 2008).

Citando Gupta (2008), “A vida humana é sagrada e os cuidados de saúde lidam com vidas humanas. Isto coloca grande responsabilidade sobre os ombros dos prestadores de cuidados de saúde para que mantenham um elevado nível da qualidade do serviço e para que se esforcem constantemente para o melhorar”. Kenneth W. Kizer (1994 – cit. Hillman *et al*, 1994), enquanto presidente do Fórum Nacional da Qualidade Americano, pronunciou-se sobre esta matéria no âmbito do 3º Fórum Anual subordinado ao tema “O Futuro da Qualidade e da Segurança da Imagiologia Médica”, mencionando a existência de um crescente desencanto com o sistema de cuidados dentre prestadores, utentes e contribuintes. Kizer afirmou ainda, que embora algumas deficiências tenham sido, (sobreutilização, subutilização, uso incorrecto (erros) e desperdício), o reconhecimento crescente dos problemas, o aumento das despesas em saúde, o activismo do comprador (empregadores e governo) e o consumismo reúnem forças que vão exigir mudanças sistémicas fundamentais (Kenneth W. Kizer, 1994 – cit. Hillman *et al*, 1994).

Em 1985, Parasuraman *et al.* (1985 – cit. Freitas e Cozendey, 2008) apresentaram três características fundamentais dos serviços de saúde, nomeadamente dos serviços hospitalares:

- **simultaneidade:** serviços são consumidos quase simultaneamente ao instante em que são produzidos, tornando muito difícil detectar e corrigir falhas antes que elas ocorram e afectem o cliente. Por exemplo, em cirurgias plásticas, o resultado

somente é percebido pelo paciente após o final da operação e, muitas vezes, um resultado indesejado é irrecuperável;

- **intangibilidade:** serviços representam um produto não-físico - não podem ser transportados e/ou armazenados, tornando-se perecíveis. Assim, procedimentos operatórios urgentes em geral não podem ser remarcados para outra ocasião, sob pena de danos à saúde do paciente;
- **heterogeneidade:** a grande variedade de serviços e o forte relacionamento com o factor humano dificultam a padronização e estimação de preços. Por exemplo, na área médica existem diversas especialidades (cardiologia, oftalmologia, ortopedia, etc.). Apesar da existência de uma especialidade denominada 'clínica geral', este profissional não detém conhecimentos aprofundados das outras especialidades - preferencialmente, o paciente deve ser encaminhado a um 'especialista'. Neste sentido, serviços médicos especializados envolvem diversas formas de tratamento, exames, procedimentos cirúrgicos cuja eficácia e custos dependem do conhecimento do profissional e da gravidade do problema.

De acordo com os autores anteriormente referidos (1985), citados por Maia *et al.* (2007), as diferenças entre os serviços e os produtos podem ser sumariadas em quatro categorias: intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade. Para Salazar (2000 – cit. Maia *et al.*, 2007), os serviços são reconhecidos “como o sector que se caracteriza pelo fornecimento de um benefício tangível e por isso mesmo difícil de quantificar por medidas de desempenhos eficazes”.

Confinando a mesma temática, mas de uma perspectiva mais abrangente, Landrum *et al.* (2007) sublinham que a qualidade do serviço é importante em todas as organizações, declarando que “todas as empresas reconhecem a sua importância, pois é algo que afecta a lealdade e satisfação do consumidor”. O mesmo autor realça o extremo interesse da utilização de um instrumento de confiança que avalie o atributo do serviço em questão.

No que concerne a este conteúdo, Freitas e Cozendey (2008) assinalam o SERVQUAL (criado por Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985, 1988) e o SERVPERF (criado por Cronim e Taylor, 1992) como os dois modelos conceituais de instrumentos para mensuração da qualidade em serviços mais focados nos últimos anos. O primeiro exemplo, também apelidado de modelo *Gap Analysis*, sugere que os clientes percebem a qualidade como um desvio entre as expectativas originais e o serviço que é realmente recebido (Maia *et al.*, 2007). Por outro lado o SERVPERF, produzido a partir da escala SERVQUAL, baseia-se somente na percepção de desempenho dos serviços (Salomi *et al.*, 2005).

Bowers (2000 – cit. Miranda, 2010) considera que o tipo de modelo de avaliação dos serviços a utilizar varia de acordo com os objectivos do estudo. Contudo, para este autor, em estudos de sectores específicos como o da saúde, em que existe uma medição da qualidade dos serviços prestados de forma contínua, deve-se utilizar o SERVPERF.

4.1. INSTRUMENTO SERVQUAL (MODELO GAP)

Segundo Landrum *et al.* (2007), o SERVQUAL defende que as expectativas são subjectivas e que consistem nos desejos e opiniões do utilizador em que o prestador de serviços deverá apresentar determinadas características. “A lacuna ou diferença entre expectativas e percepções dos consumidores dos serviços apresentados dá origem às percepções dos consumidores sobre a qualidade do serviço” (Landrum *et al.*, 2007). Considerando a tese de Salomi *et al.* (2005), a avaliação da qualidade Q_j de um serviço, por um cliente, é feita por meio da diferença entre a sua expectativa E_j e o seu julgamento do serviço D_j , em certas dimensões da qualidade em serviço.

A equação que ilustra o conceito de avaliação da qualidade do serviço, segundo Salomi *et al.* (2005), é a seguinte:

$$Q_j = D_j - E_j$$

D_j = Valores de medida de percepção de desempenho para a característica j do serviço;

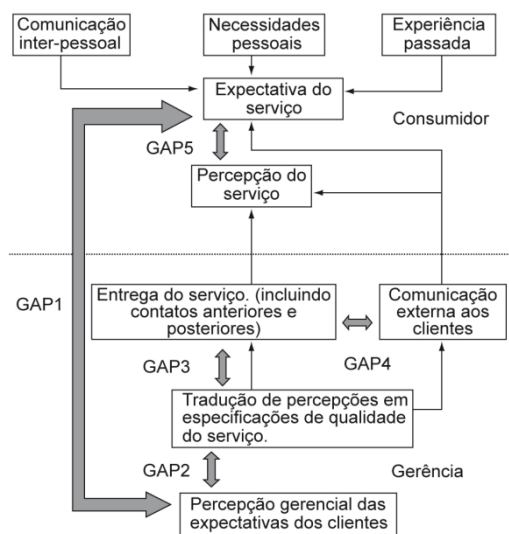
E_j = Valores de medida da expectativa de desempenho para característica j do serviço;

Q_j = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j .

“O *gap*, ou diferença entre a expectativa e o desempenho, é uma medida da qualidade do serviço em relação a uma característica específica” (Salomi *et al.*, 2005). Este modelo (*modelo gap*), ilustrado na figura 2.1, evidencia a forma pela qual o cliente avalia a qualidade do serviço e como uma empresa pode avaliar analiticamente a qualidade de um serviço prestado. Assim, o *gap 5* (que depende da direcção e da magnitude das discrepâncias *gap 1*, *gap 2*, *gap 3* e *gap 4* – $\text{gap 5} = f(\text{gap 1}, \text{gap 2}, \text{gap 3}, \text{gap 4})$) consiste exactamente na discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço (Parasuraman, 1985 – cit. Salomi *et al.*, 2005).

De acordo com Man *et al.* (2002), na sua forma original o SERVQUAL contém vinte e dois pares de itens do tipo Likert. Vinte e dois itens que medem o nível de

expectativa dos respondentes e outros vinte e dois direccionados para a medição da percepção do serviço (Man *et al.*, 2002).



Esquema 4.1. Modelo “GAP” da Qualidade dos Serviços.

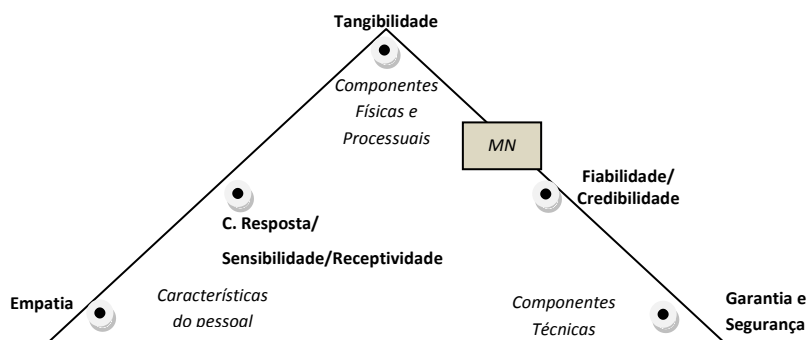
Fonte: Parasuraman (1985 – cit. Salomi *et al.*, 2005).

Parasuraman *et al.* (1985 – cit. De Man *et al.*, 2002) definiram inicialmente que o SERVQUAL seria composto por dez Dimensões da Qualidade, as quais foram reduzidas, mais tarde, a cinco, nomeadamente: **fiabilidade** – capacidade para executar o serviço prometido de forma confiável e com precisão; **segurança** – conhecimento e cortesia dos empregados, sua habilidade para inspirar confiança e segurança; **tangibilidade** – instalações físicas, equipamentos e aparência do pessoal; **empatia** – atenção, carinho prestados a clientes; e **capacidade de resposta** - disponibilidade para ajudar os clientes e fornecer o serviço com prontidão (Parasuraman *et al.*, 1988 – cit. De Man *et al.*, 2002). Tratam-se das dimensões que representam os factores críticos da prestação de um serviço e que podem causar a discrepância entre expectativa e desempenho (Salomi *et al.*, 2005); “são características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que delineiam o serviço sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo” (Parasuraman, 1985 – cit. Salomi *et al.*, 2005). Gupta (2008) inclui na sua lista *Consensus Health Care Service Quality Constituents* os aspectos relacionados com a tangibilidade.

Em investigação em saúde o instrumento SERVQUAL tem vindo a ser testado ao longo de tempo e os resultados conseguidos apresentam-se inconstantes, havendo um acordo débil sobre o número de dimensões encontradas (variam de um a nove). No sentido desta observação, De Man *et al.* (2002), a propósito do estudo “Percepção da qualidade do serviço e da satisfação dos pacientes em medicina nuclear”, argumenta que é necessário o uso de uma análise factorial para explorar as dimensões mais valorizadas pelos utentes para se avaliar a qualidade de serviço. No SERVQUAL original estas dimensões podem ser posicionadas no “triângulo do

serviço” (Haywood-Farmer, 1988 – cit. De Man *et al.*, 2002) (esquema 4.2). Mills e Margulies (1980 – cit. De Man *et al.*, 2002) referem que no vértice superior do triângulo devem vir as “componentes físicas e processuais” (*maintenance interactive services*), no vértice direito as “componentes técnicas” (*task-interactive services*) e no vértice esquerdo as “características do pessoal” (*personal-interactive services*).

Esquema 4.2. Dimensões da Qualidade dos Serviços posicionadas no Triângulo do Serviço (posição da Medicina Nuclear)



Fonte: Haywood-Farmer (1988 - cit. De Man *et al.* (2002).

O estudo realizado por De Man *et al.* (2002) mostra que os Serviços de Medicina Nuclear vinculam mais as “componentes técnicas” (*task interactive*) e assentam menos nas relações interpessoais (*personal interactive*), dando os utentes um valor mínimo à dimensão original “Empatia”.

Parasuraman *et al.* (1985 – cit. Salomi *et al.*, 2005), por meio de um *focus group*⁸, concluíram, relativamente à qualidade de serviços internos, que os clientes utilizam os mesmos critérios para chegar a um julgamento avaliativo sobre a qualidade do serviço prestado, independentemente do tipo de serviço considerado. Segundo estes autores, os mesmos critérios podem ser generalizados em dez categorias/dimensões da qualidade (Parasuraman *et al.*, 1985 – cit. Salomi *et al.*, 2005), classificação descoincidente com a lançada por De Man *et al.* (2002).

Para Freitas e Cozendey (2008), a aplicação das dimensões referidas é realizada em duas etapas: na primeira etapa são mensuradas as expectativas dos clientes em relação ao serviço e na segunda as percepções acerca do desempenho do serviço prestado. Para tal mensuração é, em geral, utilizada a Escala de Likert de 7 pontos, cujos extremos são definidos pelos conceitos *Discordo Totalmente* e *Concordo Totalmente*; para cada item anota-se o *gap* 5. *Gaps* negativos indicam que as

⁸ “*Focus group*: Reunião de um ou mais grupos, usualmente de 6 a 12 clientes que são solicitados a discutir aspectos de um determinado serviço na presença de um moderador. Este moderador assegura que a discussão siga uma estrutura razoável e seja relevante a questões previamente determinadas. Basicamente é um procedimento para se ouvir os clientes, suas expectativas e opiniões.”

percepções são menores que as expectativas, revelando falhas nos serviços que deixam os clientes insatisfeitos. *Gaps* positivos indicam que o serviço é superior ao esperado, proporcionando satisfação ao cliente (Freitas e Cozendey, 2008).

Cronin e Taylor investigaram a conceituação e a mensuração da qualidade de serviço, assim como a sua relação com o consumidor e a respectiva intenção de compra. Ao compararem a diferença de *scores* entre expectativas e percepções à luz dos 22 itens do modelo SERVQUAL concluíram que a qualidade de serviço é melhor avaliada somente pelas percepções que os consumidores têm a respeito do desempenho deste, considerando que a diferença “*Performance* menos Expectativas” não tem relação directa com a qualidade percebida (Cronin e Taylor, 1992 – cit. Freitas e Cozendey, 2008). Também Buttle (1995 – cit. Maia, 2007) corrobora esta crítica, afirmando que o modelo SERVQUAL assenta no paradigma da desconfirmação em vez de assentar no paradigma da atitude.

Em termos genéricos e baseando-se na literatura, Leal, Requeijo e Pereira (2009) fazem igualmente referência às apreciações, mais ou menos severas, direccionadas ao modelo e ajustamentos do mesmo, sublinhando as mais relevantes:

- dimensionalidade do modelo;
- processo de recolha de expectativas e percepções ;

“As questões relativas à inclusão das expectativas têm vindo a ser objecto de vários trabalhos de investigação. Se alguns autores criticam simplesmente a sua inclusão, outros há que sustentam a utilização de abordagens multi-expectativa” (Jonhston, 1995; Wirtz e Bateson, 1999; Walker e Baker, 2000 – cit. Leal, Requeijo e Pereira, 2009).

- validade do modelo, nomeadamente a sua validade discriminante.

No seguimento desta análise, em 1992 Cronin e Taylor propuseram um modelo baseado apenas nas medidas da percepção do desempenho e ajustado às dimensões definidas pelo SERVQUAL, denominando-o de SERVPERF (Freitas e Cozendey, 2008). Segundo os autores, este paradigma oferece por si só resultados mais adequados na mensuração dos constructos.

4.2. INSTRUMENTO SERVPERF

O SERVPERF, sendo um instrumento modificado do SERVQUAL (Maia *et al.*, 2007) baseado somente na percepção de desempenho dos serviços (Salomi *et al.*,

2005), justifica-se com o facto de a qualidade ser conceituada como uma atitude do cliente que não deve ser medida com fundamento no modelo de satisfação de Oliver (1980), ou seja, “não deve ser medida por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, e sim como uma percepção de desempenho (...)” (Salomi *et al.*, 2005).

Desta forma, citando Salomi *et al.* (2005), o atributo da Qualidade pode ser representado por:

$$Q_j = D_j$$

Q_j = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j .

D_j = Valores da percepção de desempenho para a característica j do serviço;

Oliveira *et al.* (2006) delineiam esquematicamente as principais características da escala SERVPERF:

- Deriva da SERVQUAL;
- Componente “expectativa” da SERVQUAL foi eliminada, mantendo-se os 22 itens para a percepção;
- Escala Likert de 7 pontos;
- Não usa *Gap* SERVQUAL;
- Redução de 50% dos itens em relação à SERVQUAL.

Ainda no que concerne às particularidades do SERVPERF, mais concretamente ao instrumento de recolha de dados, Mattar (1999 – cit. Freitas e Cozendey, 2008) explica que é por esta via que são registadas as respostas dadas pelos clientes às sentenças e/ou perguntas que lhes são efectuadas. Como possíveis formas desse instrumento, o mesmo autor indica: o questionário, o formulário para anotações de observações, o roteiro de uma entrevista, etc.

4.3. SERVQUAL/SERVPERF E OUTROS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Butle (1995), Babakus e Boller (1992) vêem o modelo dos *gaps* como pouco adequado para medir a qualidade do serviço, pois não prevê a dinâmica constante das expectativas (Maia *et al.*, 2007). Para estes autores, o SERVQUAL encara as expectativas como estáticas ou permanentes.

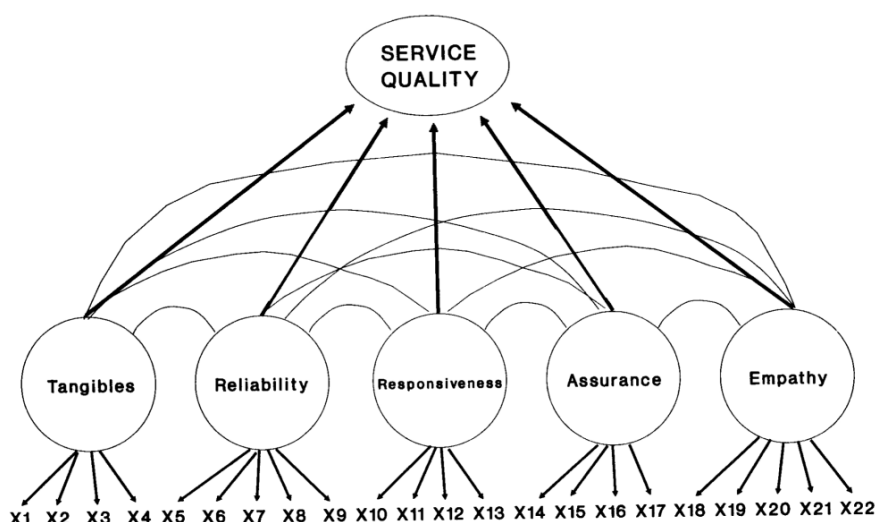
Por outro lado, Parasuraman, Zeithaml e Berry (PZB) (1994 – cit. Cronin e Taylor, 1994) criticam a medida de avaliação da qualidade baseada na performance (SERVPERF) desenvolvida por Cronin e Taylor, em 1992. Os criadores do SERVQUAL explicam que a literatura citada pelos autores suprarreferidos no desenvolvimento das hipóteses de investigação inerentes ao SERVPERF é pouco convincente, sublinhando ainda os seus próprios argumentos para conceituar as percepções da qualidade do serviço baseadas no processo de expectativa-desconfirmação (Cronin e Taylor, 1994). Fundamentando-se nos resultados dos seus *focus group*, PZB (1985, 1988) concluem que julgar a qualidade do serviço compreende cinco (variável) atributos subjacentes à avaliação dos consumidores, todos eles apoiados no paradigma expectativa-desconfirmação (Oliver, 1980 – cit. Cronin e Taylor, 1994). Contudo, faz-se notar que a literatura decorrente tem suportado a emergência do paradigma baseado na performance em detrimento do paradigma do SERVQUAL (Cronin e Taylor, 1994). Os dados mais reveladores do supradito são talvez os resultados de alguns relatórios de um dos co-autores originais (Parasuraman) do SERVQUAL (Boulding, Kalra, Staelin e Zeithaml, 1993 – cit. Cronin e Taylor, 1994), que parecem apoiar as conclusões de Cronin e Taylor (1992) em opção às de PZB (1994): “Os nossos resultados são incompatíveis com a visão unidimensional das expectativas e com a formação *gap* da qualidade de serviço. Em vez disso, descobrimos que a qualidade do serviço é directamente influenciada só pelas percepções [da performance]”.

As fundações conceptuais do modelo SERVQUAL fornecem alguma introspecção relativamente a resultados conflituosos. A origem do modelo *gap* pode ser encontrada em escritos antigos referentes à desconfirmação no seio da literatura sobre satisfação do consumidor (Oliver, 1977, 1980a, 1981 – cit. Cronin e Taylor, 1994).

No seguimento desta ideia e respondendo à crítica apresentada por PZB (1994), relativa à medição da qualidade do serviço baseada no paradigma da performance (SERVEPERF), Cronin e Taylor defendem que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente e que essa satisfação tem efeito significativo nas intenções de compra. Ainda relativamente às referidas correlações, sugerem que a qualidade dos serviços tem uma menor influência nas intenções de compra que a própria satisfação do cliente, isto é, o resultado (desempenho representado pela satisfação) é o que realmente interessa (Cronin e Taylor, 1994). Segundo a tese dos mesmos autores, a satisfação do cliente aparenta ser um “rico” meio para usar na previsão da intenção de compra. “A qualidade do serviço é uma atitude a longo prazo, ao passo que a satisfação do consumidor é uma decisão transitória tomada com base no confronto com serviços específicos” (Cronin e Taylor, 1994).

No que concerne às dimensões da qualidade do serviço, PZB (1994) colocam a dúvida se Cronin e Taylor permitiram a sua intercorrelação. Os criativos do SERVPERF, após uma abordagem menos conseguida às correlações em causa, conceituaram-nas segundo o esquema 4.3.

Esquema 4.3. Qualidade do Serviço conceituada por PZB e examinada por Cronin e Taylor



Fonte: Cronin e Taylor (1994).

Outra evidência de que as inter-correlações foram tidas em conta assenta nos graus de liberdade relatados por Cronin e Taylor, num artigo original de 1992. Os autores tiveram em conta 22 variáveis na análise factorial confirmativa, resultando destas 253 parâmetros (Cronin e Taylor, 1994).

Relativamente à validade, PZB comparam a validade convergente e discriminante das medidas SERVQUAL e SERVPERF, alegando que as medidas SERVPERF apresentam maior validade devido ao seu conteúdo e à sua validade discriminante. Cronin e Taylor defendem que o SERVPERF tem maior validade de constructo baseados na literatura e no facto das medidas deste modelo exibirem validade convergente e discriminante. Alegam ainda que, em nenhum documento se tecem considerações sobre a validade do SERVQUAL (Cronin e Taylor, 1994).

Um estudo realizado por Salomi *et al.* (2005) – “Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos” – usa como critérios de avaliação a confiabilidade e a validade, concluindo que dos quatros instrumentos considerados - SERVQUAL, SERVQUAL Ponderado, SERVPERF, SERVPERF Ponderado – o SERVPERF Ponderado é o mais confiável e o SERVPERF aquele que apresenta maior validade. A principal conclusão deste

trabalho passa, no entanto, pela viabilidade de utilização das escalas SERVPERF e SERVQUAL para medição da qualidade do serviço em causa, enfatizando-se a considerável vantagem da escala SERVPERF que está na redução das questões a serem respondidas pelos inquiridos.

No que concerne à análise de regressão, PZB sugerem que o padrão geral dos coeficientes de regressão de Cronin e Taylor apoia a dimensionalidade do factor-cinco por estes definido, interpretando tal facto como suspeito. As duas razões que apresentam para a sua interpretação assentam na inadequação para designar os vinte e dois itens individuais para os cinco factores, quando o nível de evidência empírica presente na literatura existente rejeita essa estrutura e sugere ainda que as cinco dimensões estão inter-relacionadas; e na importância das medidas ponderadas não deverem ser incluídas na comparação, por não se poder desagregar a importância, a performance e os efeitos de interacção (Cronin e Taylor, 1994). “Quando apenas as medidas ponderadas são consideradas, o padrão dos coeficientes de regressão (...) muda dramaticamente” (PZB, 1994 – cit. Cronin e Taylor, 1994).

Tabela 4.1. Análise de Regressão

		SERVQUAL	SERVPERF
Segmento 1	Tangibilidade	2/16	2/16
Segmento 2	Confiança	7/20	6/20
Segmento 3	Capacidade de Resposta	2/16	2/16
Segmento 4	Garantia	3/16	5/16
Segmento 5	Empatia	4/20	2/20

Fonte: Cronin e Taylor (1994).

PZB defendem que os “pesos” devem ser calculados para as dimensões e não para as medidas individuais (5 “pesos” em oposição a 22). Mas, Cronin e Taylor argumentam que a dimensionalidade do factor-cinco é problemática e que por isso a interpretabilidade deve ser reforçada, pedindo-se aos inquiridos que atribuam “pesos” a cada medida. PZB (1994) alegam, neste sentido, que o pedido direccionado aos inquiridos não é significativo porque o propósito primário de análise de regressão é obter a importância dos “pesos” indirectamente. Matematicamente, calcular a capacidade de um preditor para explicar a variação de uma medida dependente não é o mesmo que pedir aos consumidores que indiquem a sua percepção da importância de um aspecto específico do serviço. Além disso, a importância dos “pesos” não contribui para a capacidade preditiva de qualquer das medidas SERVQUAL ou SERVPERF, tornando a eficácia desta questão dúbia (Cronin e Taylor, 1994).

Oliveira *et al.* (2006), numa abordagem aos modelos conceituais para determinação da satisfação, apresenta um estudo comparativo entre dois instrumentos – “Servperf x técnica do incidente crítico: uma comparação dos modelos para determinação da satisfação de médicos com o atendimento de propagandista de laboratório farmacêutico” – onde o SERVPERF se revela pior do ponto de vista da validade.

Sob a mesma finalidade, por meio do seu estudo “Uma comparação entre o instrumento de Magal e o SERVPERF”, Landrum *et al.* (2006) concluíram que ambos os instrumentos de medição da satisfação são válidos, contudo, o instrumento de Magal apresenta maior validade preditiva como medida de sucesso da utilidade e da satisfação.

É de salientar que vários modelos têm sido desenvolvidos para a avaliação da qualidade de e-serviços. Os autores do modelo SERVQUAL (Zeithaml *et al.*, 2002) desenvolveram uma adaptação do modelo original que designaram por e-SERVQUAL (Leal, Requeijo e Pereira, 2009).

4.4. ADAPTAÇÃO DOS MODELOS SERVQUAL E SERVPERF AO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Singh (1990 – cit. Lopes, 2008), a avaliação por parte do utente/cliente quanto à percepção da qualidade de serviço não é uma avaliação técnica, sobrevaloriza os aspectos hoteleiros e desvaloriza os concernentes às políticas de qualidade.

Ramsaran-Fowdar (2005 – cit. Miranda, 2010) defende o uso de sete dimensões para o estudo da qualidade percebida e da satisfação para com os serviços de saúde: confiança; receptividade/capacidade de resposta/segurança; empatia; aspectos tangíveis; aspectos médicos do serviço e profissionalismo e competências. O autor em causa alicerça a sua análise nos modelos SERVQUAL e SERVPERF, acrescentando duas dimensões para além das já referidas no ponto 4.1. Instrumento SERVQUAL. Contudo, assume as falhas deste modelo, também evidentes no estudo de Lopes (2008).

Várias teses existem baseadas na escala SERVQUAL/SERVPERF, embora criticadas quanto à validade. Ainda assim, esta medida é amplamente utilizada na avaliação da qualidade percebida dos serviços de saúde a nível hospitalar, sendo muitas vezes modificada quanto às dimensões originais.

Miranda (2010) sintetiza, em quadro (tabela 4.2.), seis estudos que examinou (dois de origem nacional) quanto aos principais instrumentos de análise e respectivas modificações.

Tabela 4.2. Síntese das Modificações do Instrumento de Análise

ARTIGOS	MODELO APLICADO	MODIFICACAO DO INSTRUMENTO DE ANALISE	ITENS E DIMENSOES FINAIS	METODOLOGIA DE ANALISE
Silva <i>et al.</i> (2009)	SERVPERF Para medir os atributos da qualidade e satisfação dos doentes dos hospitais.	6 Dimensões Alteração SERVPERF	3 Dimensões	Análise Factorial Modelos de Equações Estruturais
M.H.Vinagre (2008)	SERVQUAL Adaptado Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988 (PZB, 1988) Adaptado à semelhança de Babakus and Mangold, 1992; Carman, 1990; Kilbourne e et al, 2004; Vandamme and Leunis, 1992	5 Dimensões Validado Cook and Thompson(2000) Donnelly(1995) Wisniewski and Wisniewski (2005); Mostafa 2005; Vinagre e Neves (2002);	5 Dimensões Resultam 11 itens	Análise de Fiabilidade Interna (<i>Alpha -Cronbach</i>); Análise Factorial (de acordo Mano and Oliver 1993; Verbeke and Bagozzi, 2000); Medição da qualidade do serviço (Multidimensional) PCA – Principal Component Analysis Critérios Kraisers Rotação Varimax eliminam 11itens Na análise utiliza: SEM (Structural Equation Modelling) à semelhança de Hoyle and Panthers (1995)
Lopes (2008)	SERVQUAL (adaptado, com variações de acordo c/H. Oncológico) Babakus e Mangold (1992) sem participação do dte, chamada “filosofia de produto”;	Escala Lickert 7 pontos e 10 após justificação de alteração; Para análise da fidedignidade do instrumento criado utiliza: Teste Alfa Cronbach; Teste Split-Half e por último testou os valores dos Lambda de Guttman. No final obtêm 6 Factores Principais: - 1ºSimpatia e atenção: - 2ºProfissionalismo dos Funcionários; - 3ºControlo da Informação pelo Paciente; - 4ºConfiança; - 5ªGestão dos tempos de espera - 6ªRelacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde;	Obtêm 16 categorias distribuídas por 6 factores.	Testou o grau de associação entre várias categorias, utilizando análise factorial, com extracção de componentes principais, e rotação Varimax da matriz. Obtendo 6 factores a seguir utilizou normalização de Kaiser. Na análise utiliza: SEM (Structural Equation Modeling) SEM Ferramenta mais adequada para conhecimento da satisfação e percepção da qualidade de serviço em ambiente testado

Tabela 4.2. Síntese das Modificações do Instrumento de Análise (cont.)

ARTIGOS	MODELO APLICADO	MODIFICACAO DO INSTRUMENTO DE ANALISE	ITENS E DIMENSOES FINAIS	METODOLOGIA DE ANALISE
Cabral (2007)	SERVQUAL PZB (1990,1988) Lovelock e Wright (2001) dimensão confiabilidade (+ importante) Bowers et al (1994) Atributos determinam qualidade e satisfação na prestação serviço hospitalar	5 Dimensões Alteração SERVQUAL Babakus e Mangold (1992) Redução de itens de 22 para 15; Conversão frases negativas para positivas; Validação Instrumentos (Babakus e Mangold, 1992)	5 Dimensões Resultam 15 itens	Correlação e Análise Factorial Exploratória
Mostafa (2005)	SERVQUAL PZB (1991,1988)		Modifica as 5 dimensões de base e acrescenta 2 dimensões, aspectos clínicos e técnicos do serviço e profissionalismo	Análise Factorial
De Man, <i>et al.</i> (2002)	SERVQUAL Inicialmente utilizam as 5 dimensões e os 2 itens com os dois momentos de medição	À semelhança dos estudos de Vandamme and Leunis validaram ao substituir os valores omissos com a média das variáveis observáveis através de regressão	Emergem apenas 4 factores, não validam as 5 dimensões SERVQUAL; Dos 22 itens resultam apenas 18 itens.	Utiliza coeficiente Alpha Cronbach-para validar a escala
Brown & Bell (1998) in Finn e Kayane (2004)	SERVQUAL Para medir o desempenho nos hospitais.	5 Dimensões Alteração SERVQUAL Obtêm inicialmente 24 novos itens, com análise factorial removem 8 itens	5 Dimensões. Resultam 16 itens	Análise Factorial

Fonte: Miranda (2010).

A autora conclui, com base nos autores supra-referidos (quadro 4.2.), que é necessário efectuar adaptações do modelo SERVQUAL/SERVPERF para avaliar rigorosamente as características específicas das áreas em estudo e para analisar os dados com técnicas estatísticas adequadas, permitindo dessa forma alcançar-se uma melhor compreensão da validade do instrumento. No seu estudo “Compreender os Atributos da Qualidade Percebida dos Utentes/Doentes/clientes dum Hospital Privado da Região de Lisboa. O Caso de Três Serviços de Imagiologia”, Miranda (2010) adapta o modelo SERVPERF de Cronin e Taylor (1994), utilizando um quadro analítico combinado: propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005); proposta de avaliação da qualidade dos serviços de Radiologia de Hoe (2007); dimensões da qualidade e satisfação de Silva *et al.* (2009) (Miranda, 2010). Especificando, assumiu cinco dimensões da qualidade percebida (tangibilidade; fiabilidade/credibilidade; capacidade de resposta/sensibilidade/receptividade; garantia/segurança; empatia), utilizou uma

escala de Likert de 10 pontos para registo dos níveis de concordância dos inquiridos (22 questões), revelando o método da análise factorial exploratória, enquanto metodologia de análise, quatro dimensões finais (desempenho dos profissionais; capacidade de resposta dos serviços; credibilidade dos serviços; aparência física dos profissionais e das instalações). Perante os resultados, não foi garantida a validade do modelo inicial, mas a autora não rejeitou a aplicabilidade do SERVPERF, reajustando o instrumento em termos globais.

Outros estudos desenvolvidos na área da saúde (referidos no quadro 4.2.) baseados em SERVQUAL/SERVPERF evidenciam, igualmente, a não confirmação das 5 dimensões ou dos 22 itens genéricos do modelo SERVQUAL (Brown e Bell, 1998 – cit. Fine e Kayane, 2004; De Man *et al.*, 2002; Silva *et al.*, 2009). Alguns referem falhas, mas garantem a validade do modelo, outros encontram novas ou mais dimensões (Gupta, 2008). Lopes (2008) defende a concepção de uma versão modificada do modelo segundo a natureza do serviço a avaliar.

5. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTUDO ⁹

O Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética (DSTRD) surge aquando da inclusão do Programa Nacional de Controlo da Diabetes *Mellitus* na Estratégia Nacional de Saúde, em 1998. Nesta altura criaram-se planos de actuação concretos para a promoção do auto-cuidado e programas específicos para atrasar ou evitar o aparecimento das complicações que advêm da patologia em causa. A definição de metas, objectivos e estratégias de acção no âmbito das prevenções primária e secundária fez nascer a aposta em programas de rastreio, um deles exclusivamente direccionado para a RD – Circular Normativa nº 7/DGCG, aprovada pela DGS a 4 de Novembro de 1998. A partir do ano 2000 as ARS's despendem verbas na compra de retinógrafos com o objectivo de permitir uma maior cobertura dos rastreios da RD (Carrasco, 2008).

O DSTRD foi criado e implementado numa óptica de intercepção e complementaridade entre o PNSV (2005) e o Programa Nacional de Controlo da Diabetes. Esta actividade planeada pela DGS definiu como unidades organizacionais base as então Sub-Regiões de Saúde. De acordo com a Circular Normativa nº 7/DGCG, aprovada pela DGS a 4 de Novembro de 1998, “o diagnóstico deverá, idealmente, realizar-se o mais perto possível do local onde vivem e trabalham as populações” e “uma das possibilidades será a utilização de unidades móveis que se deslocam aos centros de saúde e/ou às suas extensões, permitindo a determinação organizada de acuidades visuais, realização de fotografia por câmara de 45º não midriática, registo informatizado de dados e envio de informação para o respectivo Centro de Referência” (DGS, 1998). “Devem ser sujeitos ao diagnóstico sistemático da RD, **anualmente**, os diabéticos após a puberdade e, **trimestralmente**, durante a gravidez” (DGS, 1998).

5.1. DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA NOS ACES DO ALENTEJO CENTRAL I E II

Na Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P. (ARSA, I.P.), mais especificamente ao nível dos ACES do Alentejo Central I e II (distrito de Évora – área de abrangência da antiga Sub-Região de Saúde de Évora), o exercício desta prática tornou-se uma realidade em Março de 2003 decorrendo, com algumas interrupções, até Agosto de 2005, altura em que a actividade cessou. Durante este período (26 meses) foram contemplados quatro concelhos do distrito (Mora, Vendas Novas, Montemor-o-Novo e Évora). Após algumas optimizações de funcionamento, o seu reinício aconteceu em Novembro de 2006 e decorre desde então em consonância com essas alterações, tendo por

⁹ Apêndice II: Texto alusivo a “Diabetes *Mellitus* em Portugal” e ao “Impacto humano, social e económico” desta doença crónica.

base qualquer procedimento inerente ao seu desenvolvimento a Circular Normativa nº. 7 /DGCG, aprovada pela DGS a 4 de Novembro de 1998. As normas descritas neste documento são idênticas para qualquer estabelecimento oficial de saúde, mas cada um deles deve, segundo a DGS (1998), utilizar “as metodologias de acordo com as características e os recursos locais”.

Actualmente está em curso o segundo ciclo do diagnóstico sistemático da RD nos ACES do Alentejo Central I e II, pelo que teremos em conta os procedimentos e os resultados intrínsecos ao primeiro ciclo, o único que abrangeu na íntegra os catorze concelhos do distrito (de 6 de Novembro de 2006 a 14 de Julho de 2008).

Salienta-se que à luz da nova organização dos CSP, a Técnica de Ortopática integra a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES do Alentejo Central II, ainda que desempenhe funções na área de abrangência dos dois ACES do Alentejo Central.

5.1.1. ACES do Alentejo Central I e II (ARSA, I.P.) - Actividade da Unidade de Rastreio¹⁰ da Retinopatia Diabética

Os ACES do Alentejo Litoral, Alentejo Central I e Alentejo Central II foram criados legalmente pela portaria 275/2009 de 18 de Março, correspondendo a sua delimitação geográfica a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) III (nos termos do disposto no artigo 4.º do Decreto – Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). De acordo com o diploma legal referido, de 22 de Fevereiro, estas estruturas organizacionais integram a ARSA, I.P.. Direccionando a descrição para os ACES do Alentejo Central I e II, estes abrangem no seu conjunto os catorze Centros de Saúde, e relativas extensões de saúde, dos catorze concelhos do distrito de Évora. No total, o ACES do Alentejo Central I e o ACES do Alentejo Central II têm como população inscrita 60889 e 123216 utentes (portaria 275/2009 de 18 de Março), respectivamente. As tabelas seguintes mostram os Centros de Saúde circunscritos a cada um dos ACES em questão:

Tabela 5.1. Centros de Saúde do ACES Alentejo Central I e Extensões de Saúde associadas

Centro de Saúde	Extensões de Saúde	
Alandroal	• Sede; • Cabeça de Carneiro; • Ferreira; • Hortinhas; • Juromenha; • Mina do Bugalho;	• Montes Juntos; • Orvalhos; • Rosário; • Santiago Maior; • Terena.

¹⁰ * A DGS classifica a Unidade de Rastreio como Unidade Móvel, dado o seu carácter rotativo de actuação ao nível dos Centros de Saúde do Distrito. Optámos pela designação de Unidade de Rastreio com o fim de evitar alguma confusão com o verdadeiro conceito de Unidade Móvel de Saúde.

Tabela 5.1. Centros de Saúde do ACES Alentejo Central I e Extensões de Saúde associadas (cont.)

Centro de Saúde	Extensões de Saúde	
Arraiolos	- Sede; - Aldeia da Serra; - Gafanhoeira (S. Pedro); - Igrejinha; - Sabugueiro;	- Santana do Campo; S. Gregório; - Vale do Pereiro; - Vimieiro.
Borba	- Sede; - Barro Branco; - Nora;	- Orada; - Santiago de Rio de Moinhos.
Estremoz	- Sede; - Arcos; - Evoramonte; - Glória; S. Bento do Ameixial;	S. Bento do Cortiço; S. Domingos; S. Lourenço de Momporcão; - Veiros.
Mora	- Sede; - Brotas; - Cabeção;	- Malarranha; - Pavia.
Redondo	- Sede; - Aldeias de Montoito; - Aldeia da Serra d'Ossa - Falcoeiras	- Freixo - Montoito; - Sta. Susana.
Vila Viçosa	- Sede; - Bencatel;	- Pardais; S. Romão.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5.2. Centros de Saúde do ACES Alentejo Central II e respectivas Extensões de Saúde

Centro de Saúde	Extensões de Saúde	
Évora	- USF <i>Eborae</i> (Sede); - USF Planície (Sede); - USF Salus (Sede); - US Portas de Avis (Sede); - Azaruja; - Boa Fé; - Graça do Divor;	- Guadalupe; - N^a Sr.^a Machede; S. Manços; S. Miguel de Machede; S. Sebastião da Giesteira; - Valverde; - Vendinha.
Montemor-o-Novo	- Sede; - Cabrela; - Casa Branca; - Ciborro; - Cortiçadas de Lavre;	- Foros de Vale Figueira; - Lavre; - Santiago do Escoural; - Silveiras; S. Cristovão.
Mourão	- Sede; - Aldeia da Luz; - Granja.	
Portel	- Sede; - Alqueva; - Amieira; - Monte Trigo; - Oriola;	- Santana; S. Bartolomeu do Outeiro; - Vera Cruz.
Reguengos de Monsaraz	- Sede; - Campinho; - Monsaraz; - Outeiro.	S. António do Baldio; S. Marcos do Campo; S. Pedro do Corval;
Vendas Novas	- Sede; - Landeira.	
Viana do Alentejo	- Sede; - Aguiar; - Alcaçovas.	

Fonte: Elaboração própria.

O cronograma do 1º ciclo de actividade da Unidade de Rastreio definiu-se de 6 de Novembro de 2006 a 14 de Julho de 2008 (21 meses), de acordo com a ordem que se segue:

- Centro de Saúde de Redondo;
- Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz;
- Centro de Saúde de Mourão;
- Centro de Saúde de Alandroal;
- Centro de Saúde de Vila Viçosa;
- Centro de Saúde de Borba;
- Centro de Saúde de Estremoz;
- Centro de Saúde de Portel;
- Centro de Saúde de Viana do Alentejo;
- Centro de Saúde de Arraiolos;
- Centro de Saúde de Montemor-o-Novo;
- Centro de Saúde de Mora;
- Centro de Saúde de Vendas Novas;
- Centro de Saúde de Évora.

Torna-se importante referir que em último lugar foram abrangidos os Concelhos que já haviam sido contemplados pelo diagnóstico sistemático da RD entre Março de 2003 e Agosto de 2005. Além disso, no decorrer do 1º ciclo distrital do rastreio a organização dos Centros de Saúde em ACES ainda não era uma realidade no SNS.

O cronograma seguinte, mostra a assimetria de duração do rastreio nos diferentes concelhos, justificada pelas dissemelhanças em termos de número de habitantes e de número de diabéticos convocados para a consulta de rastreio.

Cronograma de Actividades da Unidade de Rastreio de Retinopatia Diabética

1º Ciclo do Diagnóstico Sistemático da Retinopatia Diabética - ARSA, I.P. - Distrito de Évora

Horizonte Temporal Centros Saúde	2006		2007												2008						
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Redondo																					
Reg. Monsaraz																					
Mourão																					
Alandroal																					
Vila Viçosa																					
Borba																					
Estremoz																					
Portel																					
Viana do Alentejo																					
Arraiolos																					
Montemor-o-Novo																					
Mora																					
Vendas Novas																					
Évora																					

Legenda:



- Actividade

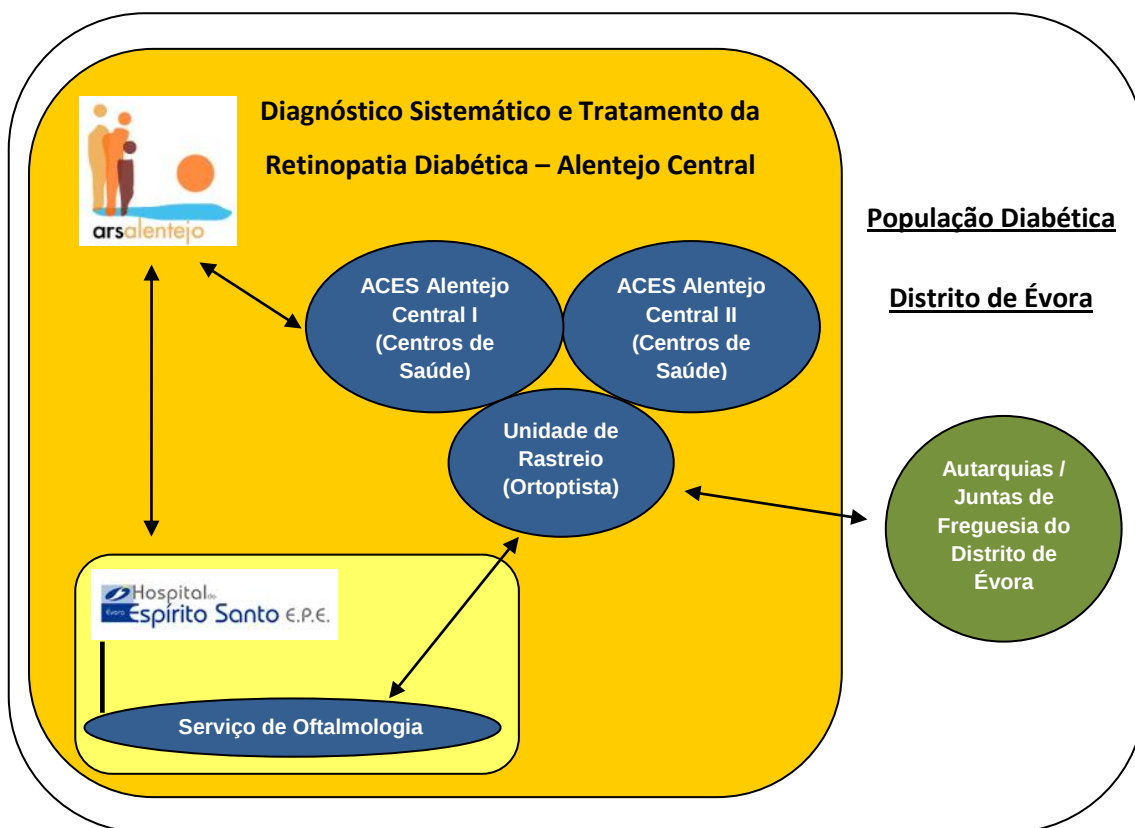


- Pausa

5.1.2. Unidades de Acção Intervenientes no DSTRD – ACES do Alentejo Central I e II

As unidades de acção intervenientes no DSTRD constituíram-se quase sempre as mesmas desde o início, em 2003, até ao final do 1º ciclo (2008). Houve apenas a inclusão das autarquias e das juntas de freguesia no processo em Novembro de 2006, altura em que começou o 1º ciclo da intervenção comunitária em causa que viria a completar-se. O papel destas novas entidades passa por garantir aos utentes diabéticos das extensões rurais uma maior equidade de acesso, fomentando um maior número de presenças nas consultas. Sublinha-se novamente, que nesta fase os ACES ainda não eram uma realidade enquanto estruturas organizacionais, mas que todos os Centros de Saúde do Alentejo Central foram abrangidos pela acção de forma idêntica.

Esquema 5.1. Representação das Entidades Intervenientes no DSTRD - Alentejo Central



Fonte: Elaboração própria.

As unidades intervenientes no DSTRD – Alentejo Central podem ser divididas consoante o tipo de actividade que desempenham: **coordenação, intervenção directa e actividades colaterais**. O próximo quadro elucida para as diferentes unidades de acção e respectivas funções.

Tabela 5.3. Unidades Intervenientes no DSTRD – Alentejo Central

<u>Tipo de Acção</u>	<u>Unidade de Acção</u>	<u>Local de Operacionalização</u>
Coordenação	Conselho Directivo da ARSA, I.P.	ARSA, I. P. - Évora
	Conselho de Administração do HESE, E.P.E.	HESE, EPE - Évora
Intervenção Directa	Unidade de Rastreio	Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II (14)
	Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II	Sede dos Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II
	Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E. – Centro de Referência	HESE, E.P.E. – Edifício Patrocínio - Évora
Actividades Colaterais	Autarquias e/ou Juntas de Freguesia do Distrito de Évora	Sedes de Concelho (14) - Distrito de Évora

UNIDADES DE INTERVENÇÃO DIRECTA

1. Unidade de Rastreio

A Unidade de Rastreio representa no quotidiano o elo de ligação mais célere entre as restantes unidades de intervenção directa. A comunicação entre o Conselho Directivo da ARSA, I. P. e o Serviço de Oftalmologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (HESE, E.P.E.) é muitas vezes assegurada por esta via.

Seguidamente são descritas as diversas actividades desenvolvidas pela Unidade de Rastreio. Dividiu-se a acção em dois grupos (1º - de segunda a quinta-feira e 2º - sexta-feira), uma vez que as suas naturezas são distintas. O primeiro conjunto de actividades assenta sobretudo na actividade clínica desenvolvida e o segundo na carga burocrática que o processo exige, assim como na articulação com o Centro de Referência.

Actividade Semanal:

Segunda Feira – Quinta Feira:

1. Avaliação clínica dos utentes diabéticos que comparecem diariamente à consulta de rastreio (**são convocados 30 doentes diabéticos por dia**).

A avaliação de cada indivíduo contempla, neste contexto:

- Recolha de dados biográficos;
- Anamnese: tipo de DM (1, 2 ou gestacional) e tempo de duração da doença;
- Medição da Acuidade visual para longe;
- Dois registos fotográficos (retinografia a cores) do fundo ocular do OD e do OE, um centrado à mácula e outro centrado à papila do nervo óptico.

Existem excepções quanto ao número de registos fotográficos que se imprimem:

- Má Visualização (opacidade dos meios transparentes/má colaboração): as estruturas do fundo ocular não são perceptíveis na imagem – imprime-se 1 registo do respectivo olho.

- Ampliação de pormenores (sinais pouco perceptíveis na imagem a 45°): realiza-se retinografia com ampliação de duas vezes da zona a registar- imprimem-se 3 ou mais registos, os 2 pré-definidos e os ampliados.

Toda a informação relativa à avaliação clínica é registada num documento concebido particularmente para o acto – Ficha Individual de Rastreio, sendo as retinografias aqui anexadas, em local pré-definido.

2. Registo diário em tabela elaborada especificamente para o efeito com parâmetros pré-definidos (número da retinografia/ano civil; número de utente; nome, data de nascimento; retinografia OD e OE; acuidade visual OD e OE; tipo de DM; data de entrega no HESE, E.P.E.). Regista-se igualmente nesta grelha, a situação dos doentes que faltam e a dos que comparecem, mas já têm acompanhamento oftalmológico periódico direccionado para a RD (nome da instituição de saúde onde é efectuado o seguimento) (posteriormente, na mesma tabela são efectuados os registos dos relatórios dos exames aquando da sua devolução à Unidade de Rastreio).

Tabela 5.4. Folha de Registo Diário da Unidade de Rastreio

[illegible]

Fonte: Elaboração própria.

Crêterios de Exclusão para a Consulta de Rastreio:

São automaticamente excluídos do acto de consulta:

- utentes diabéticos que já usufruam de acompanhamento oftalmológico periódico direccionado para a RD (independentemente do estabelecimento pertencer ou não ao SNS) ;
- utentes diabéticos com cegueira legal bilateral;
- utentes não diabéticos, erradamente convocados.

Ficou acordado entre a Unidade de Rastreio e o Centro de Referência – Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E. - que a informação recolhida nesta 1ª fase referente aos utentes **com menos de cinco anos de diagnóstico da Diabetes Mellitus**, só passa ao nível seguinte nos casos em que as retinografias revelem sinais de RD e/ou se verificar má visualização do fundo ocular. Caso contrário, o doente diabético fica automaticamente sinalizado para a próxima consulta de rastreio, no respectivo Centro de Saúde. A triagem é da responsabilidade da Ortoptista da Unidade de Rastreio.

3. Organização dos exames realizados (à quinta-feira), de segunda a quinta-feira, e sua distribuição por envelopes (20 exames por envelope), devidamente

3. Realização (auxiliada por funcionário administrativo do Centro de Saúde de Évora) e organização (pela Ortoptista) das cópias dos relatórios efectuados pelos Médicos Oftalmologistas, por Centro de Saúde e Médico de Família;
4. Constituição do *feedback* do exercício na sua generalidade e envio de toda a informação aos respectivos Centros de Saúde:
 - cópia dos relatórios clínicos realizados pelos Médicos Oftalmologistas;

Os relatórios que são devolvidos à Unidade de Rastreio pelo Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E. dizem respeito a:

- Doentes cuja retinografia não revela sinais de RD com indicação para tratamento e são assinalados para repetir o exame após 6 meses ou 1 ano (a periodicidade é devidamente assinalada para cada situação clínica) ao nível da Unidade de Rastreio, no Centro de Saúde onde estão inscritos;
 - Doentes cuja retinografia não é por si só esclarecedora e que aquando da consulta no Centro de Referência não se observam sinais de RD com indicação para tratamento.
- quadro estatístico com informação detalhada: nº de convocados, nº de diabéticos com e sem acompanhamento oftalmológico, nº de faltas ao rastreio (%), nº de utentes diabéticos sinalizados para primeira consulta (%);
 - lista detalhada dos utentes que faltaram à consulta de rastreio;
 - lista dos utentes com consulta de oftalmologia no HESE, E.P.E., sinalizados no âmbito do programa direccionado para a RD (sinalização dos que faltam);
 - indicação dos utentes que posteriormente ao acto de consulta de oftalmologia no HESE, E.P.E. passam a usufruir de acompanhamento nessa instituição hospitalar.

Toda informação clínica relativa aos utentes que começam a ser acompanhados no Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E., posteriormente à 1ª consulta, fica retida neste serviço até ao processo de alta. Durante este período não é devolvida à Unidade de Rastreio qualquer informação sobre estes utentes, à excepção da data da primeira consulta.

5. Organização da informação clínica (retinografias com relatório médico) por Centro de Saúde em arquivo A4 próprio localizado no Centro de Saúde de Évora;

6. Envio e recepção de correio electrónico para os Centros de Saúde, nomeadamente com informação relativa à **data de início** do rastreio na respectiva instituição. Seguem anexos à mensagem os seguintes documentos:
 - Convocatória direccionada aos utentes diabéticos (garante uniformidade ao nível de todos os Centros de Saúde);
 - Tabela com relação diária dos utentes/extensão.
7. Requerimento de material perecível, via fax, ao aprovisionamento da ARSA, I.P.;
8. Requerimento de transporte (via fax) para transferência do Retinógrafo e aparelhagem anexa entre Centros de Saúde, ao aprovisionamento da ARSA, I.P..
9. Montagem e desmontagem dos diferentes aparelhos aquando da transferência do Retinógrafo entre os Centros de Saúde.

2. Centro de Referência – Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E.

Como Centro de Referência da intervenção em causa conta-se com o Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E.. O centro de referência tem duas principais funções, a leitura das retinografias provenientes das consultas de rastreio e o acompanhamento clínico dos utentes com RD (consultas de oftalmologia, exames complementares de diagnóstico e terapêutica em oftalmologia, tratamentos). Para o desempenho do seu papel, enquanto centro de referência, o Serviço de Oftalmologia conta com o seguinte grupo de profissionais: cinco Médicos Oftalmologistas, duas Enfermeiras, três Ortoptistas e duas administrativas. Quer os actos clínicos quer os administrativos (marcação dos actos clínicos) direccionados para o grupo de utentes provenientes das consultas de rastreio decorrem ao Sábado, num regime de rotatividade no que concerne aos recursos humanos envolvidos.

As retinografias realizadas pela Ortoptista da Unidade de Rastreio são entregues no Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E., como já havia sido referido, todas as sextas feiras. Posteriormente, os exames são lidos por um dos Médicos Oftalmologistas da equipa, sendo realizado o respectivo relatório. Desta triagem, obtém-se um dos quatro resultados seguintes:

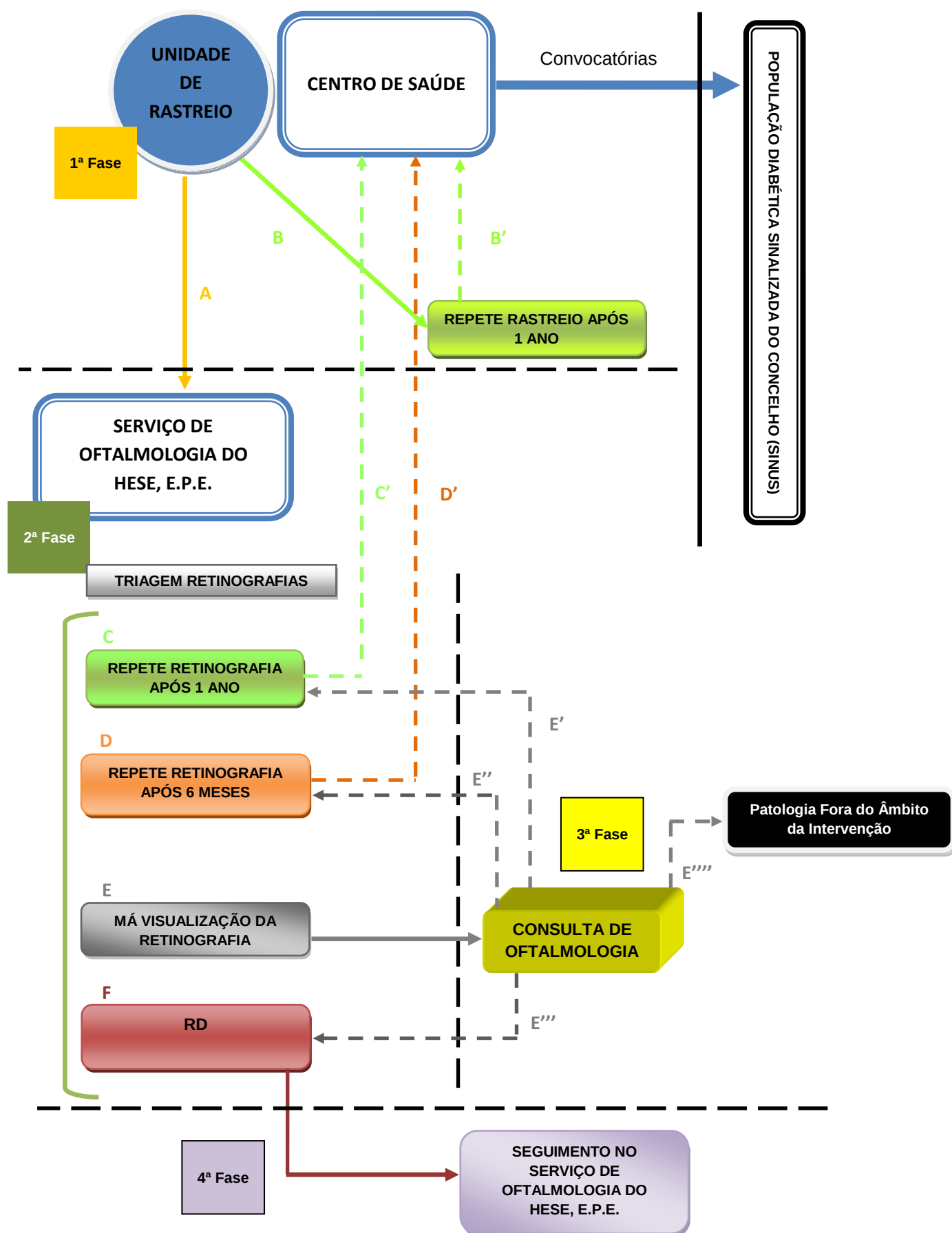
- repete retinografia após 1 ano;
- repete retinografia após 6 meses;
- má visualização da retinografia;
- RD.

As duas primeiras situações encaminham o utente para a realização da consulta de rastreio após 1 ano ou 6 meses em contexto de Centro de Saúde, o que aponta para a inexistência de quadro clínico de RD com indicação para terapêutica oftalmológica. As duas últimas pressupõem a realização de consulta de oftalmologia, os casos de RD para posterior acompanhamento oftalmológico e os de má visualização para qualquer um dos possíveis seguimentos consoante o resultado da consulta de oftalmologia: “repete retinografia após 1 anos”; “repete retinografia após 6 meses” ou “RD” com respectivo acompanhamento no centro de referência.

Os utentes sinalizados para consulta de oftalmologia e posterior acompanhamento realizam todos os actos técnicos e médicos necessários ao seu quadro clínico, tendo alta quando a situação o permitir. Estes casos voltam a ser abordados em consulta de rastreio no Centro de Saúde.

O esquema 5.2. mostra as possíveis abordagens ao utente no contexto do DSTRD – Alentejo Central.

Esquema 5.2. DSTRD ALENTEJO CENTRAL – CIRCUITO DOS UTENTES DIABÉTICOS



Fonte: Elaboração própria.

- A – Retinografias de utentes diabéticos há mais de 5 anos para triagem.
- B – Retinografias de utentes diabéticos há 5 ou menos anos e sem sinais de RD – **repetem retinografia após 1 ano.**
- B' – Feedback de informação para o respectivo Centro de Saúde (cópia do relatório).

Após Triagem no Serviço de Oftalmologia do HESE, E. P. E.:

- C – Repetem retinografia após 1 ano.
- C' - Feedback de informação para o respectivo Centro de Saúde (cópia do relatório).
- D - Repetem retinografia após 6 meses.
- D' - Feedback de informação para o respectivo Centro de Saúde (cópia do relatório).
- E – Má visualização da retinografia – **Consulta de Oftalmologia:**
 - E' – Repete retinografia após 1 ano;
 - E'' – Repete retinografia após 6 meses;
 - E''' – Com sinais de RD – **seguimento no Serviço de Oftalmologia até ter alta** (retenção da retinografia);
 - E'''' – Patologia fora do âmbito da intervenção – **dar conhecimento ao Médico de Família para pedir Consulta Geral de Oftalmologia.**
- F – Retinografia com sinais de RD indicados para tratamento - **seguimento no Serviço de Oftalmologia até ter alta** (retenção da retinografia).

Salienta-se que a DGS determinou o período de 1 ano como a duração indicada para cada um dos ciclos, justificando-se este parâmetro com o facto da patologia em causa requerer pelo menos uma observação oftalmológica anual, dependendo do quadro clínico que o utente apresente relativamente à RD e do seu estado geral (p. e. casos de portadoras de diabetes que engravidam (não em casos de Diabetes Gestacional) requerem um acompanhamento oftalmológico mais frequente).

Relativamente ao 1º ciclo do rastreio nos ACES do Alentejo Central, foram convocados para a consulta de rastreio 7918 diabéticos no total dos catorze concelhos abrangidos, todos os efectivamente sinalizados pelos respectivos Médicos de Família,

mas que na sua totalidade se apresentam em número discrepante quando comparados com os registados no Sistema de Informação de Unidades de Saúde (SINUS) como detentores de doença crónica possuidores de guia do diabético.

Os registos estatísticos diários demonstraram-nos que a percentagem de faltas nesta primeira etapa rondou os 35.5%, verificando-se algumas diferenças de Centro de Saúde para Centro de Saúde. Importa referir que quando se levou a cabo o rastreio no concelho de Redondo surgiu a ideia, por ser uma área dispersa em termos populacionais, de pedir à Câmara Municipal auxílio com o transporte dos doentes oriundos das extensões de saúde. Após parecer favorável da autarquia, realizou-se o cronograma para os diferentes dias, avisaram-se os doentes e todos os interessados usufruíram deste sistema. A prática adoptada repetiu-se pelos concelhos que se seguiram à excepção de Mora, de Vendas Novas (tem uma só extensão) e de Évora (concelho muito extenso, grandes dificuldades na disponibilização de transporte por parte da autarquia).

Do número de presenças 5139 (2 utentes amauróticos bilaterais, 30 utentes não diabéticos e 1 utente falecido, inclusivamente), 726 correspondem a utentes com acompanhamento oftalmológico continuado, seja em instituição de saúde de índole pública ou privada. Os restantes 4380 não tinham qualquer tipo de vigilância referente à saúde da visão direccionada para a RD. Foram encaminhados para a Consulta de Oftalmologia 1024 utentes diabéticos (utentes com RD diagnosticada através da retinografia (aproximadamente 18% das retinografias visualizáveis) e casos de má visualização do exame (correspondem a cerca 40% das primeiras consultas marcadas)).

5.2. NÚMEROS DA DIABETES *MELLITUS* NO ALENTEJO CENTRAL

Analisando os números da Diabetes *Mellitus* nos ACES do Alentejo Central I e II verifica-se alguma discrepância relativamente aos dados provenientes das várias fontes, nomeadamente no que diz respeito ao número de diabéticos registados pela ARSA, I.P. (distrito de Évora) (Novembro de 2008) e ao número de diabéticos convocados para a consulta de rastreio da RD (1º ciclo). O quadro seguinte provê alguma desta informação, por concelho:

Tabela 5.6. Números da Diabetes *Mellitus* no Alentejo Central

Concelho	Número de Habitantes*	Número de Utentes Inscritos no SINUS (Nov. 08)	Número de Diabéticos registado na ARSA** (Nov. 08)	Número de Diabéticos convocados para o DSTRD (1º ciclo)
Redondo	6990 (2004)	7482	524	460
Reguengos de Monsaraz	11460 (2004)	12593	324	481
Mourão	3230 (2001)	3202	125	165
Alandroal	6187 (2006)	6416	427	345
Vila Viçosa	8745 (2004)	9263	377	359
Borba	7782 (2001)	7924	345	336
Estremoz	15064 (2004)	16083	694	657
Portel	7078 (2004)	7036	523	475
Viana do Alentejo	5639 (2004)	6154	491	381
Arraiolos	7980 (2006)	7633	517	478
Montemor-o-Novo	18540 (2004)	19211	1243	1028
Mora	5470 (2004)	6183	403	373
Vendas Novas	11957 (2004)	12902	567	554
Évora	54780 (2008)	60355	1772	1826
TOTAL	170902	182437	8332	7918

*Informação retirada dos sites dos respectivos Municípios (acedido em 10 Janeiro de 2010).

** Informação fornecida pela ARSA I.P..

Fonte: Elaboração própria.

É de salientar que a disparidade referida anteriormente pode estar relacionada com a não coincidência dos períodos de recolha de dados, uma vez que a informação referente ao segundo parâmetro foi sendo obtida durante o 1º ciclo do RD – Novembro de 2006 a Julho de 2008. Ainda assim, verifica-se relativamente aos Centros de Saúde de Reguengos de Monsaraz, Mourão e Évora que o número de utentes convocados para o rastreio é superior ao número de diabéticos sinalizados na ARSA, I.P. em Novembro de 2008, para a mesma área geográfica.

Parte II – ESTUDO EMPÍRICO

6. Metodologia do Estudo

6.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

De acordo com Madeira e Abreu (2004: 18), “a pesquisa científica é uma actividade centrada na solução de problemas teóricos ou práticos, recorrendo ao uso do método científico”. E “os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 25).

O presente capítulo pretende esmiuçar a forma como a “problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados” (Bell, 2002). Segundo Almeida e Pinto (2003: 55), este conjunto de procedimentos normalizados e sistemáticos é o meio de “recolha de informação sobre o real”.

Pode-se, na mesma linha de pensamento e citando Fortin (2009: 131), definir que a fase metodológica consiste em “(...) precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”. Para Almeida e Pinto (1995: 24), trata-se da “arte de aprender a descobrir e analisar os pressupostos e processos lógicos implícitos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los”.

No sentido de atingir os objectivos específicos, assim como o geral, e responder à pergunta de partida traçou-se uma metodologia sistemática, cujos procedimentos seleccionados ao longo das várias etapas do trabalho viessem a apresentar, além de importância científica, validade. A validade “diz-nos se um método mede ou descreve o que supostamente deve medir ou descrever” (Bell, 2004: 98). No seguimento do capítulo abordar-se-á a problemática, a pertinência e o paradigma do estudo, a unidade de análise, os objectivos, as questões orientadoras de investigação e o processo de recolha de dados, assim como todos os procedimentos efectuados que lhes estão subjacentes.

6.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

“Conceber uma problemática é escolher uma orientação teórica, uma relação com o objecto de estudo...” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 100). “Um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (...)” (Fortin, 2009: 48).

“A problematização consistirá em formular o seu projecto de investigação, articulando duas dimensões que se constituem mutuamente nele: uma perspectiva

teórica e um objecto de investigação concreto, ou ainda, indissociavelmente, um olhar e o objecto desse olhar” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 101).

“No sector da saúde, a qualidade dos serviços é uma questão crítica” (Gupta, 2008: 18). Presentemente, quer na dimensão socioeconómica quer na dimensão política, a hegemonia da qualidade dos serviços de saúde é uma realidade, surgindo como um dos agentes responsáveis pela configuração de uma sociedade que procura a optimização, no sentido de obter mais justiça social e melhor equidade na distribuição, na acessibilidade e na utilização de recursos. Os utentes, cada vez mais e melhor informados, põem constantemente em causa a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, consciencializando-se das consequências afectas a estes.

Tentou-se, ao nível da fundamentação teórica, desenvolver a problemática da qualidade dos serviços de saúde, assim como a importância das suas vertentes clínica, organizacional e de prestação de cuidados. Foram referidas as várias dimensões que a qualidade pode assumir, a dificuldade que há em traduzi-la numa única e simples medida quantitativa e a necessidade de serem utilizados indicadores para a avaliar, assumindo a percepção dos utilizadores e dos prestadores dos serviços, nestas circunstâncias, o papel de indicador da qualidade. “Construir um conceito é, em seguida, precisar os indicadores graças aos quais as dimensões poderão ser medidas. (...) Os indicadores são manifestações objectivamente observáveis e mensuráveis das dimensões do conceito” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 122).

Ovretveit (1992 - cit. Gupta, 2008: 18) caracteriza a qualidade em saúde como “a satisfação plena das necessidades daqueles que precisam do melhor serviço ao nível de custo mais baixo para a organização, dentro dos limites e das directivas estabelecidas pelas autoridades superiores e pelos compradores.”

6.3. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

“A dificuldade de começar de forma válida um trabalho tem, frequentemente, origem numa preocupação de fazê-lo demasiado bem (...)” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 31).

“O investigador deve escolher um tema sobre o qual tenha particular interesse”, pois se não houver especial atenção pela temática escolhida, “pode acontecer que durante períodos difíceis, a motivação baixe ao ponto de pôr em causa a qualidade do trabalho” (Hill e Hill, 2005: 23).

A finalidade *major* deste sub-capítulo é enunciar a metodologia de investigação utilizada para análise e descrição da qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD dos ACES Alentejo Central I e II como indutora de intervenção conducente ao aumento da satisfação dos utentes.

O *handicap* identificado foi-se corporalizando ao longo do meu desempenho de funções enquanto Ortopista da Unidade de Rastreio em estudo. O interesse pelo tema emerge de uma reflexão pessoal e de uma introspecção cuja intensidade é crescente desde há quatro anos, momento coincidente com o início da minha actividade na Unidade de Rastreio, estrutura organizacional a reiniciar-se, na mesma altura, com um novo modelo de acção. Quanto à pertinência, esta assenta especificamente na importância de conhecer a percepção e a opinião do grupo (diabéticos do distrito de Évora) para o qual esta intervenção comunitária de base populacional se direcciona.

A complexidade da sociedade actual conduz-nos frequentemente ao sentimento de mudança, despontando este da percepção de que algo falha, mas de que logo a seguir constitui uma oportunidade de melhoria. Citando Silva (2004: 29), “tratando-se a inovação de um processo que intercepta as lógicas de mudança organizacional, podemos dizer que esta só ocorre quando surge oportunidade para o novo e para o diferente.”

O carácter cíclico e rotativo da estrutura que admite o estudo apresenta distintivas organizacionais muito peculiares, uma vez que em termos de actividade é transversal a catorze centros de saúde (ACES Alentejo Central I e II), integrando-os a um e um segundo uma lógica cronológica pré-definida, mas ao mesmo tempo não os completa enquanto organizações. Desvia a conduta organizacional de cada uma das unidades em causa durante um período estabelecido, tempo necessário para garantir a observação oftalmológica de todos os utentes diabéticos sinalizados do concelho correspondente.

Realizar um estudo dirigido aos atributos da qualidade e satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do DSTRD dos ACES Alentejo Central I e II, no âmbito do IV Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde – Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, é de interesse pelas seguintes razões:

- Abordagem de temáticas que integram o plano de estudos do curso de mestrado, relacionadas com políticas de qualidade e práticas de inovação em saúde;

- Focalização da questão da qualidade dos serviços de saúde nas vertentes organizacional e de gestão, tendo em vista a análise da organização da unidade de rastreio em estudo, do ponto de vista dos utentes;
- Conhecimento da percepção dos utentes relativamente à qualidade organizacional da unidade de rastreio, com o intuito de se planearem e desenvolverem soluções alternativas no caminho da optimização e da excelência da prestação de cuidados;
- Contributo para um melhor conhecimento empírico da realidade portuguesa no âmbito da qualidade organizacional dos serviços de saúde, mais propriamente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Este estudo, direccionado para uma intervenção comunitária situada ao nível da prevenção secundária da saúde, revela-se muito importante na medida em que trata um contexto muito particular, no seio do qual os utentes têm um papel activo na prestação de cuidados.

Os frutos desta análise poderão futuramente incentivar, quer a Ortoptista que actua ao nível da Unidade de Rastreio quer a gestões de topo dos ACES Alentejo Central I e II e da ARSA, I.P., à optimização do desenvolvimento desta acção de proximidade, através de algumas deliberações de natureza organizacional.

6.4. PARADIGMA DO ESTUDO

De acordo com Bell (1997: 20), “a abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter”.

“A escolha de um método de inquérito por questionário junto de uma amostra de várias centenas de pessoas impede que as respostas individuais possam ser interpretadas isoladamente, fora do contexto previsto pelos investigadores. (...) os dados recolhidos nestas condições só fazem sentido quando tratados de modo estritamente quantitativo (...) (Quivy e Campenhoudt, 2003: 184-185).

Nesta óptica, considera-se que o paradigma **quantitativo** é o mais adequado para abordar o objecto de estudo em questão, uma vez que a avaliação dos dados obtidos é efectuada por meio de um processamento de índole estatística.

O tipo de estudo, atendendo ao âmbito desta dissertação, é **descritivo** e **correlacional**, adoptando-se o **inquérito** como instrumento de recolha indirecta de dados. “O inquérito representa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta a fim de examinar as

atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população” (Fortin, 2009: 168). Segundo Bell (1997), na maior parte dos casos, um inquérito propõe-se obter informações por meio de uma selecção representativa da população e tem como finalidade “obter respostas de um grande número de indivíduos às mesmas perguntas, de modo que o investigador possa descrevê-las, compará-las e relacioná-las e demonstrar que certos grupos possuem determinadas características”.

No que concerne ao factor tempo, o estudo é **transversal**. “O inquérito transversal consiste em examinar um ou vários cohortes em relação com fenómenos presentes num dado momento do inquérito” (Fortin, 2009: 170).

De acordo com a perspectiva de Hill e Hill (2005), trata-se de um estudo que pretende descobrir factos novos (dados empíricos) que sejam capazes de resolver problemas práticos a curto prazo – **Investigação Aplicável**.

6.5. UNIDADE DE ANÁLISE

Atendendo a que a grande preocupação deste estudo se prende em descrever e analisar a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II, optou-se por desenvolvê-lo sob o ponto de vista da satisfação do utente diabético.

Numa primeira fase, foi feita uma solicitação formal ao Conselho Directivo da ARSA, I.P. para desenvolvimento do estudo e sobretudo para aplicação de instrumentos de recolha de informação. Desse mesmo pedido, constou em anexo um resumo com os principais tópicos e objectivos da dissertação. Nesta sequência chegou, em poucos dias, um parecer positivo. Posteriormente, contactaram-se os Directores Executivos dos ACES do Alentejo Central I e II expondo as finalidades da pesquisa e as estratégias metodológicas que se pretendiam utilizar, nomeadamente o inquérito por questionário que se aplicaria em todos os Centros de Saúde envolvidos. Estes deram, desde logo, o seu consentimento e mostraram-se satisfeitos com a ideia.

Carmo e Ferreira (1998) salientam alguns dos princípios éticos fundamentais no processo de investigação: respeitar e garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no estudo; informar correctamente os participantes sobre os aspectos da investigação; aceitar a decisão dos indivíduos de não colaborar na investigação. Assim, após a obtenção de um parecer positivo por parte do Conselho Directivo da ARSA, I.P. e da aceitação dos Directores Executivos dos ACES do Alentejo Central I e II transmitiu-se a garantia de confidencialidade a todos os inquiridos por meio do texto introdutório do questionário, cujo papel é sobretudo o de os contextualizar.

6.6. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo” (Fortin, 1994; 2009: 64).

Na perspectiva de Quivy e Campenhoudt (2003), uma boa pergunta de partida deve respeitar as exigências de clareza, de equilíbrio e de pertinência, de forma a servir à investigação como primeiro fio condutor. Para Fortin (2009: 101), “A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Desta forma, a questão de investigação subjacente ao presente estudo é:

Qual a satisfação dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram a Consulta de Rastreio da RD quanto ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio?

“As questões de uma pesquisa surgem de uma análise dos problemas de quem a pratica em determinada situação, tornando-se então o seu objectivo imediato a compreensão desses problemas” (Brown e McIntyre, 1981 – cit. Bell, 2004: 21).

6.7. OBJECTIVOS

Citando Fortin (2009: 100), “O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação.” “(...) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Para a mesma autora, “o objectivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender, ou seja: denominar, descrever factores, explorar ou examinar relações, prever, avaliar os efeitos...” (Fortin, 2009: 100).

Tendo em conta a tese de Fortin acerca do objectivo do estudo e dos níveis de conhecimento, situamos o presente projecto no nível III, no qual “(...) o estudo visará examinar a força e a direcção das relações. (...) trata-se de determinar o grau de influência de uma variável sobre a outra e como esta influência contribui para explicar a variação desta variável” (Fortin, 2009: 100).

Assentes na questão de investigação, foram definidos os seguintes objectivos:

6.7.1. Objectivo Geral

Descrever e examinar a qualidade organizacional do projecto de intervenção comunitária em saúde da visão, dinamizado pela Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD do Distrito de Évora, sob o ponto de vista da satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio.

6.7.2. Objectivos Específicos

1. Identificar a percepção dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados, compreendendo que dimensões do SERVPERF apresentam melhores e piores atributos;
2. Conhecer os factores subjacentes à satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio;
3. Explorar o grau de influência das variáveis demográficas e das características biográficas dos utentes inquiridos sobre o seu nível de satisfação quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II;
4. Sugerir medidas capazes de contribuir para a progressiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequente satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD.

6.8. QUESTÕES ORIENTADORAS

1. Qual a percepção dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados? E que dimensões do SERVPERF apresentam melhores e piores atributos de qualidade, segundo a satisfação dos utentes diabéticos que realizaram Consulta de Rastreio?
2. Quais os factores subjacentes à satisfação dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio?

3. Que influência têm as variáveis demográficas e as características biográficas dos utentes inquiridos sobre o seu nível de satisfação quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II?

6.9. DIMENSÕES DO ESTUDO

Antes de se abordar o processo de recolha de dados (por observação indirecta) é importante frisar que, tendo em conta a bibliografia consultada, não se conhecem em Ortopia (aparentemente) estudos no âmbito da avaliação da qualidade organizacional e da satisfação dos utentes relativamente aos serviços de saúde. A improbabilidade aumenta, se à Ortopia associarmos o contexto dos CSP e da intervenção comunitária (prevenção secundária – rastreio). Em 2007, eram 7 os Ortopistas a desempenhar funções nos CS em Portugal Continental.

No presente estudo, para avaliar a percepção dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD quanto à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio recorreu-se a um exemplo baseado no modelo SERVPERF. Adaptaram-se também, pelos motivos expostos, dimensões cuja matriz de atributos da qualidade percebida pelos utentes que vivenciaram o serviço em causa é originária de um estudo realizado em ambiente hospitalar (Modelo HQual) – “Estudo da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do HESE. E.P.E.” (Silva *et al.*, 2009).

A metodologia de análise irá de encontro ao objectivo geral, assim como aos específicos.

No que concerne às dimensões sócio-organizacionais consideradas, estas são representadas na tabela 6.3., assim como os atributos que as constituem e uma esquemática definição das suas características¹¹.

Tabela 6.3. Dimensões e Atributos Principais (características)

5 Dimensões	Atributos Principais segundo o SERVPERF	Características
Tangibilidade	PA6.1.2 Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.) PA6.3.1 O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais). PA6.3.2 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio está bem localizado (de fácil acesso). PA6.3.3 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.) PA6.3.4 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos. PA6.3.5 As instalações da sala de espera destinada aos utentes da consulta de rastreio apresentam boas condições. PA6.3.6 O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio.	• Apresentação da Técnica de Ortopia/Visual; • Acessibilidade; • Instalações e componente tecnologia; • Limpeza; • Sinalética.

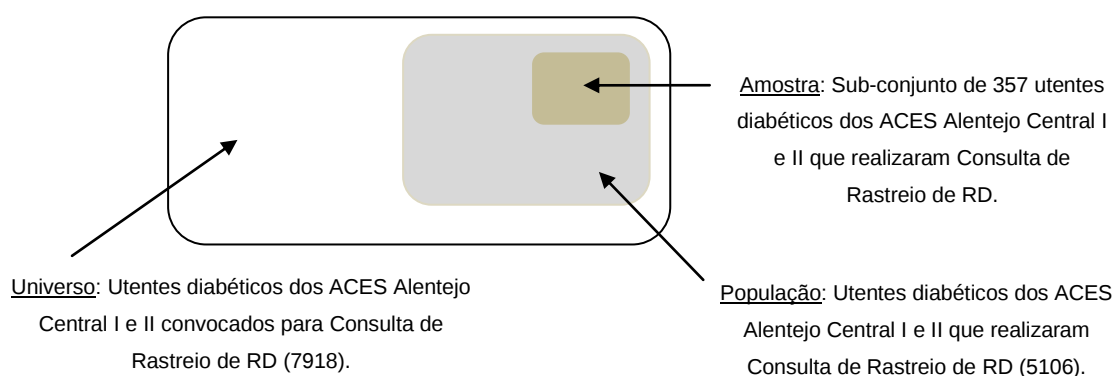
¹¹ Apêndice IV: Grelhas A e B do SERVPERF – total das variáveis observadas.

Tabela 6.3. Dimensões e Atributos Principais (características) (cont.)

5 Dimensões	Atributos Principais segundo o SERVPERF	Características
Fiabilidade / Credibilidade (Reliability)	PA6.5.1 O tempo de espera para a consulta de rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo). PA6.6.1 Senti confiança na Técnica de Ortopática que me consultou. PA6.6.2 Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados PA6.7.1 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada. PA6.7.2 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora PA6.7.5 Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde. PA6.7.7 Quando algum utente demonstrou ter problemas, a Técnica de Ortopática tranquilizou-o e evidenciou interesse em resolvê-los (caso se aplique).	• Cumprimento do pré-definido; • Aplicação dos processos inerentes à acção (antes e durante); • Interesse em resolver os problemas.
Capacidade de Resposta/Sensibilidade /Receptividade (Responsiveness)	PA6.5.2 A Técnica de Ortopática realizou a consulta de rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração. PA6.7.3. O Centro de Saúde diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da consulta de rastreio. PA6.7.4 A chamada dos doentes para a consulta de rastreio é feita de forma organizada.	• Atendimento pronto e organizado; • Aviso correcto do utente.
Garantia/Segurança	PA6.2.1 Inicialmente, a Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre a importância daquela consulta de rastreio e em que consistia. PA6.2.2 A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da consulta de rastreio. PA6.2.3 A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a consulta de rastreio. PA6.4.1 A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio transmitiu segurança ao utente. PA6.4.2 A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	• Abordagem ao utente (comportamento da Técnica de Ortopática); • Sentimento de segurança do utente; • Competência da Técnica de Ortopática.
Empatia	PA6.1.1 Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia. PA6.1.3 Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio. PA6.1.4 O atendimento foi personalizado. PA6.1.5 Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio. PA6.7.6 A Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio facilitou ou permitiu a presença de um familiar ou acompanhante (caso se aplique). PA6.7.8 O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente. PA6.7.9 Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde.	• Cortesia da Técnica de Ortopática; • Atendimento personalizado (necessidades específicas); • Interesse pelo utente.

Fonte: Elaboração própria.

6.10. Definição da População e Selecção da Amostra

Esquema 6.1. Universo, População e Amostra

Fonte: Elaboração própria.

O **Universo** corresponde neste projecto a todos os utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II convocados para o 1º ciclo distrital do Rastreio da RD – 7918 casos.

Admitindo como critério de inclusão “ter realizado a Consulta de Rastreio da RD – 1º ciclo de Rastreio”, a **População** é constituída por 5106 casos.

A **Amostra** foi calculada de acordo com o número de presenças por Centro de Saúde referentes ao 1º ciclo do Rastreio no distrito de Évora, considerando-se um Universo de 7918 casos com origens diferentes – 357 casos¹². Trata-se de uma amostra não probabilística (não intencional – regida por critério de conveniência/disponibilidade dos inquiridos). Tendo em conta o cálculo da amostra, o erro máximo deste estudo, para um intervalo de confiança de 95% e p=50%, é de 5%.

6.11. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

“O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 2009: 261)

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003); a elaboração dos instrumentos de observação consiste na construção de instrumentos capazes de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores, apresentando-se de diferentes formas, consoante se trate de uma observação directa ou indirecta. A observação directa é aquela que apela directamente ao sentido de observação, a recolha das informações é realizada pelo próprio investigador sem se dirigir aos sujeitos interessados. No caso da observação indirecta, o investigador dirige-se ao sujeito e este ao responder às perguntas intervém na produção de informação. Trata-se por isso de informação menos objectiva.

Transpondo a perspectiva dos autores suprarreferidos para a esta dissertação:

Observação Directa: nomeadamente dados estatísticos referentes ao 1º ciclo do DSTRD;

Observação Indirecta: inquérito por questionário (apêndice V).

“O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” (Fortin, 2009: 249).

¹² Apêndice III – Quadros relativos à proporção amostral por CS e por cada uma das respectivas extensões.

No caso particular do presente estudo é importante referir que o instrumento utilizado como método de colheita de dados (observação indirecta) teve como base da sua elaboração o instrumento aplicado num estudo já referido realizado em contexto hospitalar. Foram ainda aplicadas algumas alterações de conteúdo às diferentes questões, de modo a adequa-las à realidade da organização estudada.

Neste contexto, concebeu-se um questionário que se dividiu em duas partes (**Parte A** e **Parte B**) e que simultaneamente se pode seccionar em quatro, segundo a tipologia de questões utilizadas.

Contudo, antes de se iniciar o questionário propriamente dito optou-se por reservar um espaço identificativo do Centro de Saúde e da respectiva Extensão de Saúde. Tais itens foram preenchidos devidamente antes da distribuição dos questionários pelas diferentes Unidades.

Centro de Saúde: _____ Extensão do Centro de Saúde: _____

Relativamente ao questionário propriamente dito:

Questionário Utentes - Parte A

1ª Secção

A primeira secção é constituída por questões fechadas ou de escolha fixa, nomeadamente questões de **escolha múltipla** que se incluem nessa categoria (Fortin, 2009: 251). De acordo com Hill e Hill (2005) e adequando a sua tese ao instrumento em causa, são perguntas que solicitam especificamente informação sobre:

- **Factos** relacionados com a Consulta de Rastreio da RD:

A1. Por qual das seguintes vias teve conhecimento deste rastreio?

A1.1. Se teve conhecimento através de um contacto do Centro de Saúde, por que meio foi convocado(a)?

A3. Sabe que doença se pretende despistar com este rastreio?

A4. Em caso de ser detectada esta complicação na consulta de rastreio conhece o tratamento que lhe está associado na maioria dos casos?

A5. Que meio utilizou para se deslocar até consulta de rastreio, no Centro de Saúde?

- **Valor** relacionado com a importância da intervenção:

A2. Considera este tipo de acções importantes?

- **Opinião** relacionada com o tipo de terapêutica a aplicar em caso de ser detectada a complicação em questão:

A4.1. Em sua opinião, que tipo de tratamento é o mais adequado?

2ª Secção

Esta secção constituiu-se com base na escala SERVPERF, a qual “tem como objecto de avaliação o desempenho perceptível dos serviços pelas dimensões da qualidade (Salomi *et al.*, 2005)”.

Trata-se de um conjunto de 33 sentenças afirmativas centradas no atributo da satisfação dos utentes diabéticos que realizaram a Consulta de Rastreio de RD relativa à qualidade percebida da Unidade de Rastreio. Para Bolton e Drew (1991 – cit. Salomi *et al.*, 2005), “a satisfação do cliente é um antecedente à qualidade de serviços”. Sob a mesma perspectiva, Cronin e Taylor (1992 – cit. Salomi *et al.*, 2005) afirmam que “a qualidade de serviço conduz à satisfação do cliente”.

Vinte e nove (29) das trinta e três (33) sentenças supramencionadas (PA6.1.1 a PA6.7.9), respeitantes ao desempenho perceptível da Unidade em estudo, foram agrupadas numa grelha como atributos principais segundo o SERVPERF, de acordo com as cinco dimensões da qualidade consoante observado na tabela 6.3.. Especificamente, as questões PA6.7.6 A Técnica de Ortopia que efectuou a consulta de rastreio facilitou ou permitiu a presença de um familiar ou acompanhante (caso se aplique) (empatia) e PA6.7.7 Quando algum utente demonstrou ter problemas, a Técnica de Ortopia tranquilizou-o e evidenciou interesse em resolvê-los (caso se aplique) (fiabilidade/credibilidade) foram acompanhadas da instrução “caso se aplique”, cuja finalidade foi a de ajudar os inquiridos a responder com base no facto de terem ou não vivenciado as realidades descritas em cada uma delas.

Criou-se uma segunda grelha (tabela 6.4.) onde se incluíram as restantes quatro sentenças, uma concernente a um aspecto particular deste tipo de serviço (PA6.7.10 O Centrou de Saúde avisou previamente os utentes em caso de alteração da data / hora da consulta de rastreio (caso se aplique)) e seguida igualmente da informação “caso se aplique” e três a aspectos globais (P1.8.1; P1.8.2; P1.8.3).

Tabela 6.4. Itens dos Aspecto Particular e Aspectos Globais

Itens
Aspecto Particular
PA6.7.10 O Centrou de Saúde avisou previamente os utentes em caso de alteração da data / hora da consulta de rastreio (caso se aplique).
Aspectos Globais
P7.1.1 A Qualidade, em geral, que a consulta de rastreio proporciona foi aceitável.
P7.1.2 A Satisfação, em geral, obtida com o serviço prestado na consulta de rastreio é aceitável.
P7.1.3 A imagem, em geral, que a consulta de rastreio apresenta é aceitável.

Fonte: Elaboração própria.

As respostas às afirmações foram definidas com base na graduação de intensidade sob a forma de uma escala de *Likert* de 7 pontos; onde (1) “discordo totalmente”, (2) “discordo”, (3) “discordo em parte”, (4) “não concordo nem discordo”, (5) “concordo em parte”, (6) “concordo” e (7) “concordo totalmente”. Corresponde a uma escala ordinal em que o respondente tem que avaliar um só item (característica “fixa”) em termos de uma variável (Hill e Hill, 2005).

Judith Bell (2004), no seu livro “Como Realizar um Projecto de Investigação”, refere que “quanto mais estruturada for uma questão, mais fácil será analisá-la”. E Fortin (2009) sublinhou, relativamente às escalas de medida, que sendo compostas de vários enunciados possuem um traço comum, “o de situar a pessoa num ponto preciso de um contínuo ou numa série ordenada de categorias”.

3ª Secção

É constituída por duas questões do tipo “verbal” ou “aberta”, de acordo com Youngman (1986 – cit. Bell, 2004).

PA8. Indique outros aspectos ou situações que marcaram o seu contacto com a UNIDADE DE RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA e que deveriam ter sido mencionadas.

PA9. Indique sugestões que contribuam para a melhoria da qualidade da CONSULTA DE RASTREIO DA RASTREIO DIABÉTICA.

“Requerem uma resposta construída e escrita pelo inquirido, ou seja, a pessoa responde com as próprias palavras” (Hill e Hill, 2005); além de que se pode recorrer a este tipo de questão para obtenção de informação com fins especiais, por exemplo, se se considerar pertinente dar aos inquiridos a “oportunidade de exprimirem as suas opiniões sobre o tópico a ser investigado – ou de apresentarem algumas queixas” (Bell, 2004).

Questionário Utentes - Parte B

4ª Secção

Foddy (1996), ao elaborar um conjunto de critérios a ter em conta na construção deste tipo de instrumento de recolha de dados, refere que um dos preceitos está relacionado com a ordenação das perguntas. Segundo a tese deste autor, as questões de opinião devem ser colocadas inicialmente no questionário e as questões de carácter pessoal no fim. Com as características recolhidas nesta última fase do questionário pretendem-se descrever os «casos da investigação» (Hill e Hill, 2005).

No que concerne ao presente estudo, considerou-se relevante para a investigação pesquisar as seguintes características sócio-demográficas do utente:

PB1. Sexo (nominal dicotómica)

PB2. Idade (quantitativa de razão)

PB3. Estado Civil (qualitativa nominal)

PB4. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou (qualitativa ordinal)

PB5. Situação Profissional (qualitativa nominal)

À semelhança do que sucedeu na 1ª secção, aqui também se formularam questões fechadas de escolha múltipla (Fortin, 2009). Foram excepção a pergunta **PB1.**, relativa ao sexo, que é igualmente fechada, mas dicotómica (Fortin, 2009) e a pergunta **PB2.**, direccionada para a idade e escrita em algarismos directamente pelo respondente. Esta última é medida numa escala de rácio (Hill e Hill, 2005).

Antes das perguntas referentes à caracterização do utente diabético, dirigiu-se uma questão ao respondente do questionário com o objectivo de o identificar:

Respondente do questionário

1. Próprio 2. Familiar / Acompanhante 3. Outro. Qual? _____

Atendendo à média de idades da população diabética dos ACES do Alentejo Central I e II a inclusão desta questão foi crucial, uma vez que a percentagem de utentes iletrados, com baixa de visão e portadores de patologias incapacitantes (exemplos: Artrite Reumatóide, Parkinson, Alzheimer) é significativa, o que limita o normal preenchimento do questionário.

Concebido e aplicado designa-se “de administração directa”, uma vez que é o próprio inquirido (ou um representante; familiar/acompanhante ou outro) que o preenche, sendo-lhe “entregue em mão por um inquiridor encarregado de dar todas as explicações úteis (...)” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 188).

6.11.1. Questionário -piloto

Para Bell (2004: 128), “Todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados para saber quanto tempo demoram os receptores a realizá-los; por outro lado isto permite eliminar questões que não conduzam a dados relevantes”.

De modo a evitar erros e a preencher lacunas na aplicação do questionário procedeu-se à realização de um pré-teste com o objectivo principal de avaliar a sua eficácia. Fazendo referência a Fortin (2009), a autora afirma sobre esta matéria que o pré-teste do questionário permite verificar os elementos seguintes:

- a) Se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos: é o teste da compreensão semântica;
- b) Se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- c) Se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;
- d) Se as questões não apresentam ambiguidade.

O pré-teste foi aplicado a um conjunto de quinze utentes diabéticos que realizaram a Consulta de Rastreio da RD no Centro de Saúde de Vendas Novas, em Outubro de 2009. Posteriormente, criticou-se construtivamente o instrumento para se procederem a alguns ajustes e à validação.

6.11.2. Aplicação do Questionário

Através do contacto com o(a) Coordenador(a) Clínico(a), com o(a) Enfermeiro(a) Responsável e/ou com o(a) Responsável Administrativo(a) pediu-se colaboração a cada Centro de Saúde na aplicação dos questionários aos utentes diabéticos do respectivo Concelho. Tentou-se “nomear” um profissional que ficasse responsável pelo processo e com quem se pudesse manter contacto permanente.

O número de questionários a aplicar em cada Centro de Saúde foi calculado com base no número total de utentes (N=5106) que respondeu à convocatória do primeiro ciclo distrital de Consultas de Rastreio da RD, comparecendo. A proporção de diabéticos provenientes de cada unidade de saúde determinou a distribuição dos 393 (357+10%) questionários – cálculo amostral, admitindo um erro de 5% (Tabela 6.5.). Fizeram-se chegar os questionários às diferentes unidades de saúde ainda durante o mês de Outubro de 2009 na maioria dos casos via correio, os restantes foram entregues pessoalmente. Cada unidade recebeu igualmente um documento informativo e explicativo com os propósitos do instrumento, nomeadamente o critério de inclusão direccionado à população (apêndice VI).

Tabela 6.5. Distribuição dos Questionários por Centro de Saúde

CENTROS DE SAÚDE	Nº DE DIABÉTICOS (N)	Nº DE INQUIRIDOS (n) (erro de 5%)	Nº DE QUESTIONÁRIOS (n+10%)
Alandroal	218	15	16
Arraiolos	351	25	27
Borba	230	16	18
Estremoz	430	30	33
Mora	208	15	16
Redondo	381	27	30
Évora	996	70	77
Montemor-o-Novo	693	48	53
Mourão	139	10	11
Portel	283	19	21
Reguengos de Monsaraz	316	22	24
Vendas Novas	381	27	30
Viana do Alentejo	244	17	19
Vila Viçosa	236	16	18
TOTAL	5106	357	393

Fonte: Elaboração própria.

7. TRATAMENTO DOS DADOS

Previamente a analisar os resultados da pesquisa é importante que se verifiquem as características e a adequação dos dados recolhidos.

Desta forma, em primeira instância serão discutidas as questões relativas à validação da escala:

Mas antes de mais, desenvolve-se uma pequena nota justificativa relacionada com a frequência da ocorrência de *missings*.

7.1. CLASSIFICAÇÃO “NÃO APLICÁVEL”

Os dados mostram um elevado número de *labels* “não aplicável” em três das afirmações cujas respostas foram definidas por meio da escala de Likert: **PA6.7.6**; **PA6.7.7**; **PA6.7.10**. As duas primeiras tentavam avaliar, respectivamente, o nível de concordância do inquirido relativamente à permissão/facilitação que Técnica de Ortopia que efectuou a Consulta de Rastreio deu no sentido da presença de um familiar/acompanhante durante o acto e o interesse que a mesma profissional demonstrou em solucionar problemas quando algum utente os demonstrou, tranquilizando o mesmo. A questão **PA6.7.10** procurava identificar se em caso de alteração da data/hora da Consulta de Rastreio, o Centro de Saúde tinha procedido ao aviso do utente em causa, previamente. É de lembrar que tal variável assenta num aspecto particular deste tipo de serviços e estruturas organizacionais. Qualquer uma das três afirmações supramencionadas foi acompanhada da informação/instrução “caso se aplique”, de modo a auxiliar os utentes a responder tendo em conta o facto de terem ou não vivenciado estas realidades. Esperavam-se dados em falta nestas questões porque se sabia *a priori* que parte dos inquiridos as desconhecia totalmente, tendo dificuldade em avaliar tais quesitos.

Outras questões cuja frequência de ocorrência de *missings* é notável são as **PA8**. e **PA9**. Pelo seu tipo exigiam respostas construídas, escritas pelos respondentes. A falta de dados nestes dois pontos é remetida para o facto dos inquiridos não se sentirem capacitados/à vontade para indicarem aspectos marcantes concernentes à Consulta de Rastreio, não mencionados no questionário, e/ou sugestões que contribuíssem para a melhoria desta.

7.2. VALIDAÇÃO DA ESCALA – PRÉ-TESTE

Hair Jr *et al* (2005 – cit. Domingues, 2008) sugerem que em investigação se procure garantir que a variáveis indicadas para mensurar o conceito o façam de forma

precisa e coerente. Relativamente à coerência, encontra-se ligada ao termo fiabilidade, que se refere à consistência da(s) medida(s) (Hair Jr. *et al*, 2005 – cit. Domingues, 2008). A precisão está associada ao termo validade, que corresponde à extensão em que uma medida ou um conjunto de medidas representam correctamente o conceito do estudo – o grau em que se está livre de qualquer erro sistemático ou não-aleatório. A validade diz respeito a quão bem o conceito é definido pela(s) medida(s).

Salienta-se que as questões PA6.7.6, e PA6.7.7, pela sua particularidade (já referida), não foram tidas em conta no processo de validação da escala, uma vez que a inclusão destas invalidaria a análise, dado o número de casos excluídos que se obteria. Assumimos desta forma, as restantes 27 variáveis inerentes às dimensões definidas na Grelha A para o estudo da **Fiabilidade** e da **Validade** da escala.

7.2.1. Fiabilidade da Escala - Pré-Teste

Sendo um procedimento obrigatório, mesmo quando os instrumentos ou as escalas já foram submetidas a análise de fiabilidade em outros contextos e/ou estudos, a fiabilidade de uma escala é a capacidade que essa mesma escala tem de “produzir” dados fiáveis. Tal análise em ciências sociais e humanas pode ser estimada por diversos métodos. Um deles refere-se à estimativa da designada consistência interna, que indica o grau em que os itens que integram a escala (ou instrumento) medem o mesmo atributo (Pallant, 2001). Para avaliar a fiabilidade do instrumento utilizado no presente estudo utilizou-se a estatística de **Alpha de Cronbach (α)**, muito usada quando se pretende avaliar a consistência interna de vários itens do tipo de Escala de Likert.

O cálculo da estatística *Alpha* é baseado na fiabilidade de um teste relativamente a outros testes com o mesmo número de itens e medindo o mesmo construto (Hatcher, 1994). Uma escala com múltiplos itens tem consistência interna se os itens que a compõem estão inter-correlacionados.

A medida em causa varia entre 0 e 1, classificando-se a consistência interna, segundo Nunnally (1978), de:

Tabela 7.1. Classificação do Alpha de Cronbach

Muito Boa	$\alpha > 0,9$
Muito Boa	α entre 0,80 e 0,90
Boa	α entre 0,70 e 0,80
Razoável	α entre 0,65 e 0,70
Fraca	α entre 0,60 e 0,65
Inadmissível	$\alpha < 0,60$

Fonte: Nunnally (1978).

Neste ponto específico, estimada através da estatística **Alpha de Cronbach**, a fiabilidade calculou-se não só para o instrumento - pré-teste na sua globalidade como para cada uma das dimensões em que este se apresenta estruturado. Após a avaliação da sensibilidade do referido coeficiente, este foi calculado também com a exclusão de cada variável, comparando-se os resultados (tabela 7.2).

Ao decompor a tabela 7.2., pode-se verificar que a consistência interna geral é “Muito Boa” (0.910) e que o seu aumento mais significativo (2.4%) aconteceria caso a variável **PA6.3.1 O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais)** fosse eliminada (0.933), o que perante o valor em questão não se justificaria. A análise dimensão a dimensão mostra que individualmente todas as dimensões apresentam um valor α superior a 0.855 (Tangibilidade – 0.855; Fiabilidade/Credibilidade – 0.876; Garantia/Segurança – 0.953; Empatia – 0.930), à excepção da dimensão Capacidade de Resposta, para a qual a correlação inter-itens é 0.318 (inadmissível segundo as referência bibliográficas). Tal valor reflecte o baixo número de itens envolvidos nesta dimensão.

Relativamente à dimensão Tangibilidade, esta melhoraria a sua consistência interna para 0.874 e 0.903, caso as variáveis **PA6.1.2** (Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.)) e **PA6.3.1** (O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais)) fossem eliminadas, respectivamente. Mas, as melhorias (1.9% e 4.8%, respectivamente) não o justificam. O mesmo sucede para a variável **PA6.7.1** (A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada) pertencente à dimensão Fiabilidade/Credibilidade, cuja eliminação levaria ao aumento insignificante de 4.3%. Esta dimensão tem uma particularidade relativa à variável **PA6.6.1** (Senti confiança na Técnica de Ortopédia que me consultou) (sombreada a vermelho (*)), cuja variância é zero, o que lhe garante a remoção automática da escala. Por último, a dimensão Garantia/Segurança também veria o seu α melhorado em 0.3% caso os quesitos **PA6.4.1** (A Técnica de Ortopédia que realizou a Consulta de Rastreio transmitiu e segurança ao utente) e **PA6.4.2** (A Técnica de Ortopédia que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança)) fosse eliminados, o que novamente não se justifica.

Os resultados obtidos (tabela 7.2) indicam que o instrumento SERVPERF e as subescalas (dimensões) que o compõem, à excepção de uma (Capacidade de Resposta), aparentam ter uma elevada fiabilidade (consistência interna) já que ultrapassam o valor de 0,70, indicado por Nunally (1978) como mínimo para se considerar uma escala fiável. Relativamente à dimensão Capacidade de Resposta, devido aos resultados apurados, a sua reformulação seria a solução mais correcta a adoptar ou talvez o aumento do número de casos efectivos (n=30) ajudasse a resolver a questão.

Tabela 7.2. Coeficientes *Alpha* de Cronbach Pré-Teste – Escala SERVPERF

Escala SERVPERF – Pré-Teste	Dimensões	Variável	Coef. Alpha de Cronbach (Dimensão)	Coef. Alpha de Cronbach (Total)	Correlação Item-Total Corrigida	Alpha de Cronbach removendo a variável (Dimensão)	Alpha de Cronbach removendo a variável (Total)
	Tangibilidade	PA6.1.2	0.855	0.910	0.280	0.874	0.909
		PA6.3.1			0.454	0.903	0.934
		PA6.3.2			0.780	0.820	0.901
		PA6.3.3			0.871	0.810	0.900
		PA6.3.4			0.872	0.822	0.899
		PA6.3.5			0.878	0.812	0.898
		PA6.3.6			0.906	0.788	0.903
	Fiabilidade/Credebilidade	PA6.5.1	0.876		0.703	0.850	0.905
		PA6.6.1			0.000	(*)	(*)
		PA6.6.2			0.821	0.846	0.906
		PA6.7.1			0.501	0.929	0.902
		PA6.7.2			0.863	0.808	0.901
		PA6.7.5			0.932	0.825	0.903
	Capacidade de Resposta/ Sensibilidade/Receptividade (Responsiveness)	PA6.5.2	0.318		0.076	0.649	0.907
		PA6.7.3			0.134	0.333	0.909
		PA6.7.4			0.431	-0.279	0.903
	Garantia/Segurança	PA6.2.1	0.953		0.941	0.929	0.907
		PA6.2.2			0.941	0.929	0.907
		PA6.2.3			0.941	0.929	0.907
		PA6.4.1			0.785	0.957	0.909
		PA6.4.2			0.785	0.957	0.909
	Empatia	PA6.1.1	0.930		0.911	0.907	0.909
		PA6.1.3			0.609	0.946	0.906
		PA6.1.4			0.911	0.907	0.909
		PA6.1.5			0.911	0.907	0.909
		PA6.7.8			0.790	0.920	0.907
PA6.7.9		0.790			0.920	0.907	

Nota: Os itens a amarelo (α total) e a verde (α dimensão) significam que os valores das variáveis baixam o Coeficiente *Alpha* de Cronbach correspondente. Contudo, nos casos referidos a diferença é insignificante, razão pela qual não se justifica a sua remoção ou reformulação.

Fonte: Elaboração Própria

7.2.2. Validade da Escala – Pré-Teste

Em qualquer estudo ou pesquisa no âmbito das ciências sociais é fundamental que as escalas e/ou instrumentos usados para a recolha de informação garantam que essa informação seja valida, isto é, meçam aquilo que se pretende medir no quadro do estudo que se está a realizar. Por este motivo, é essencial avaliar a validade de qualquer escala e/ou instrumento antes de se recolher a informação que servirá de base à retirada de conclusões relacionadas com o estudo.

Para a presente tese, considerou-se essencial estimar apenas as validades convergente e discriminante, pelo facto de o instrumento de medida estar já mais ou menos consolidado e ter garantida a sua validade de conteúdo. Consideraram-se

importantes tais estimativas relativamente ao pré-teste do instrumento e respectivas subescalas uma vez que em conjunto darão alguma segurança em termos de validade de “construto”. As validades convergente e discriminante podem ser vistas como subcategorias da validade de construto. É importante demonstrar que existe evidência para ambas, cada uma por si não é suficiente para estabelecer essa validade (Trochim, 2006).

Segundo Hair Jr *et al* (2005 – cit. Domingues, 2008), estas duas formas de avaliação – validade convergente e validade discriminante - têm as seguintes definições:

Validade Convergente: avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas, sendo desejáveis correlações altas;

Validade Discriminante: representa o grau em que dois conceitos similares são distintos e o desejável são correlações baixas entre medidas de uma dimensão e outras dimensões distintas.

Para a escala SERVPERF (5 dimensões e 27 variáveis) representada na Grelha A apêndice IV), optou-se por verificar a validade com base nas dimensões definidas.

É de salientar, de acordo com Trochim (2006) que correlações entre medidas semelhantes (convergentes) devem, teoricamente, ser elevadas e que entre medidas distintas (discriminantes) devem ser baixas. Para este autor não existe uma regra rígida no que diz respeito aos valores da validade, “queremos correlações convergentes o mais altas possível e correlações discriminantes o mais baixas possível”, devendo as primeiras ser sempre superiores às segundas. O intervalo assumido é de -1.00 a +1.00 (Trochim, 2006).

7.2.2.1. Validade Convergente – Pré-Teste

Com o objectivo de estimar a validade convergente procedeu-se à criação de dois índices para mais tarde se estudar a correlação entre si. O primeiro índice (1) foi criado com base em todos os itens do instrumento (à excepção dos itens anteriormente sublinhados e dos que solicitavam aos utentes a avaliação geral do serviço de Consulta de Rastreio da Retinopatia Diabética (27 itens)). O segundo (2) assenta nos três quesitos que medem a satisfação e qualidade geral dos inquiridos para com a Consulta de Rastreio de RD. Além do procedimento acima referido, examinou-se ainda a convergência de cada uma das dimensões do instrumento com o índice de satisfação global. Ambos baseados nos dados do pré-teste, tanto para o

primeiro como para o segundo procedimento utilizou-se o coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os resultados são apresentados nas tabelas seguintes.

Tabela 7.3. Validade Convergente Pré Teste – Total das Variáveis/Qual_Sat_Geral

		Qual Sat Geral	Total Variáveis
Qual_Sat_Geral	Pearson Correlation	1	,650*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	15	14
Total_Variáveis	Pearson Correlation	,650*	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	14	14

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 7.4. Validade Convergente Pré-Teste – Dimensões

		Tangibilidade	Fiabilidade/ Credibilidade	Capacidade_ Resposta	Garantia_ Segurança	Empatia	Qual_Sat_Geral
Tangibilidade	Pearson Correlation	1	,742**	,788**	,307	,471	,346
	Sig. (2-tailed)		,002	,001	,286	,089	,225
	N	14	14	14	14	14	14
Fiabilidade/ Credibilidade	Pearson Correlation	,742**	1	,850**	,708**	,623**	,688**
	Sig. (2-tailed)	,002		,000	,003	,013	,005
	N	14	15	15	15	15	15
Capacidade_ Resposta	Pearson Correlation	,788**	,850**	1	,581*	,597*	,602*
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,023	,019	,018
	N	14	15	15	15	15	15
Garantia_ Segurança	Pearson Correlation	,307	,708**	,581*	1	,713**	,966**
	Sig. (2-tailed)	,286	,003	,023		,003	,000
	N	14	15	15	15	15	15
Empatia	Pearson Correlation	,471	,623**	,597*	,713**	1	,866**
	Sig. (2-tailed)	,089	,013	,019	,003		,000
	N	14	15	15	15	15	15
Qual_Sat_Geral	Pearson Correlation	,346	,688**	,602*	,966**	,866**	1
	Sig. (2-tailed)	,225	,005	,018	,000	,000	
	N	14	15	15	15	15	15

**.

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analisando as tabelas anteriores, constata-se que, tanto para o instrumento (total das variáveis/tabela 7.3. – célula a amarelo) como para as suas subescalas (tabela 7.4. – células a amarelo), é evidente a forte tendência para a convergência com o índice Qual_Sat_Geral. Os coeficientes estão todos acima de 0.600 (desejam-se correlações altas). Existe contudo um caso em que essa tendência não se verifica, pelo menos tão visivelmente (Tangibilidade – 0.346). Com os dados disponíveis não é possível distinguir quais as razões porque se verifica um valor tão baixo de convergência da medida Tangibilidade com o índice Qual_Sat_Geral. As células a laranja correspondem às correlações existentes entre as diferentes dimensões, todas

acima de 0.500, à exceção das correlações Tangibilidade-Garantia/Segurança (0.307) e Tangibilidade-Empatia (0.471).

Apesar do descrito, pode-se dizer que o pré-teste do instrumento baseado na escala SERVPERF apresenta uma validade convergente razoável, não só em termos globais como também das suas dimensões (à exceção da dimensão Tangibilidade).

7.2.2.2. Validade Discriminante – Pré-Teste

Para estimar a validade discriminante baseada nos dados do pré-teste (SERVPERF e suas subescalas) estudaram-se as correlações entre as várias subescalas do instrumento e um indicador de natureza diferente, designadamente o indicador “Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou”. As tabelas 8.5., 8.6. e 8.7. mostram os resultados apurados.

Tabela 7.5. Validade Discriminante Pré-Teste – Total das Variáveis

			Total_Variáveis	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:
Spearman's rho	Total_Variáveis	Correlation Coefficient	1,000	,583*
		Sig. (2-tailed)	.	,029
		N	14	14
	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:	Correlation Coefficient	,583*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,029	.
		N	14	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 7.6. Validade Discriminante Pré-Teste – Qual_Sat_Geral

			Qual_Sat_Geral	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:
Spearman's rho	Qual_Sat_Geral	Correlation Coefficient	1,000	,569*
		Sig. (2-tailed)	.	,027
		N	15	15
	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:	Correlation Coefficient	,569*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,027	.
		N	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 7.7. Validade Discriminante Pré-Teste – Dimensões

			Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade_ Resposta	Garantia_ Segurança	Empatia
Spearman's rho	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:	Correlation Coefficient	1,000	,538*	,734**	,777**	,568*	,720**
		Sig. (2-tailed)	.	,047	,002	,001	,027	,002
		N	15	14	15	15	15	15
	Tangibilidade	Correlation Coefficient	,538*	1,000	,670**	,734**	,453	,666**
		Sig. (2-tailed)	,047	.	,009	,003	,104	,009
		N	14	14	14	14	14	14
	Fiabilidade	Correlation Coefficient	,734**	,670**	1,000	,865**	,675**	,876**
		Sig. (2-tailed)	,002	,009	.	,000	,006	,000
		N	15	14	15	15	15	15
	Capacidade_Resposta	Correlation Coefficient	,777**	,734**	,865**	1,000	,569*	,722**
		Sig. (2-tailed)	,001	,003	,000	.	,027	,002
		N	15	14	15	15	15	15
	Garantia_Segurança	Correlation Coefficient	,568*	,453	,675**	,569*	1,000	,837**
		Sig. (2-tailed)	,027	,104	,006	,027	.	,000
		N	15	14	15	15	15	15
	Empatia	Correlation Coefficient	,720**	,666**	,876**	,722**	,837**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	,009	,000	,002	,000	.
		N	15	14	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Estudando as tabelas superiores, observa-se que os dados do pré-teste, tanto o instrumento na sua globalidade (células sombreadas a amarelo – tabelas 8.5. e 8.6.) como cada uma das suas subescalas (células sombreadas a verde – tabela 8.7), não apresentam aparentemente validade discriminante relativamente ao indicador que mede o nível de escolaridade. Desejando-se correlações baixas neste ponto, o coeficiente mais baixo é de 0.538 para a subescala Tangibilidade, superior ao coeficiente de convergência da dimensão Tangibilidade (0.346) relativamente ao índice Qual_Sat_geral, se se quiser comparar. As variáveis relacionadas não são discriminantes entre elas.

Assim sendo, o pré-teste do instrumento baseado na escala de medida SERVPERF não apresenta validade discriminante quer em termos da sua globalidade, quer no que diz respeito às suas dimensões. Tal constatação compromete o estabelecimento da validade de construto e consequentemente a aplicação do instrumento em contexto similar.

Nota: no ponto da análise onde é efectuada a validação do estudo (fiabilidade, validade convergente e validade discriminante) final (357 questionários) apresentam-se algumas justificações possíveis para o acima descrito (8.2.2.1.).

8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo será desenvolvida a análise dos resultados avocando como ponto de partida os objectivos definidos no projecto (Quadro. 8.1.).

Quadro 8.1. Síntese das Etapas da Análise de Resultados

Objectivos	Técnicas Estatísticas Utilizadas	Pontos
1. Identificar a percepção dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados, compreendendo que dimensões da Escala SERVPERF apresentam melhores e piores atributos;	Análise Factorial Exploratória Método de Extração: Análise das Componentes Principais Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser Teste de <i>Friedman</i>	8.2.1
2. Conhecer os factores subjacentes à satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio	Análise de Regressão Linear Múltipla.	8.2.2
3. Explorar o grau de influência das variáveis demográficas e das características biográficas dos utentes inquiridos sobre o seu nível de satisfação quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II;	Correlações <i>Spearman's rho</i> Correlações <i>Pearson</i> Teste <i>Kruskal Wallis</i> Teste <i>Mann-Whitney</i> Teste <i>Wilcoxon</i>	8.2.3

Fonte: Elaboração própria.

Antes de se abordarem cada uma das etapas, apresentar-se-á a análise descritiva das principais características da amostra.

8.1. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARA UTENTES – DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.

Neste ponto apresentar-se-ão os resultados obtidos no inquérito por questionário realizado junto dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que efectuaram Consulta de Rastreio de RD e que constituíram a amostra do presente estudo; numa primeira parte efectuar-se-á a caracterização pessoal dos inquiridos, seguindo-se a análise às respostas obtidas nas questões relacionadas com factos, valor e opinião acerca da acção em causa, por último proceder-se-á ao esmiuçar das respostas atinentes ao estudo da percepção da consulta em foque.

Foram distribuídos pelos Centros de Saúde de todos os Concelhos do Distrito de Évora, proporcionalmente de acordo com a percentagem de presenças relativas ao 1º ciclo do rastreio, 393 (n (357) +10%) questionários a utentes portadores de Diabetes *Mellitus* que realizaram a Consulta de Rastreio de RD. A respectiva distribuição decorreu durante o mês de Outubro de 2009. Recepcionámos 364 questionários, mais 7 do que os previstos no cálculo amostral, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 100%.

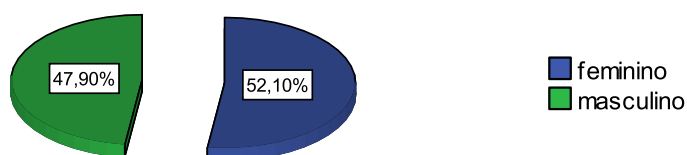
8.1.1. Caracterização Pessoal

Proceder-se-á agora à caracterização dos utentes inquiridos no que diz respeito ao sexo, à idade, ao estado civil, às habilitações literárias e à situação profissional.

Sexo

A análise do Gráfico 1 demonstra que 47.90% dos utentes respondentes são do sexo masculino e 52.10% do sexo feminino.

Gráfico 8.1. Distribuição dos utentes por sexo



Idade

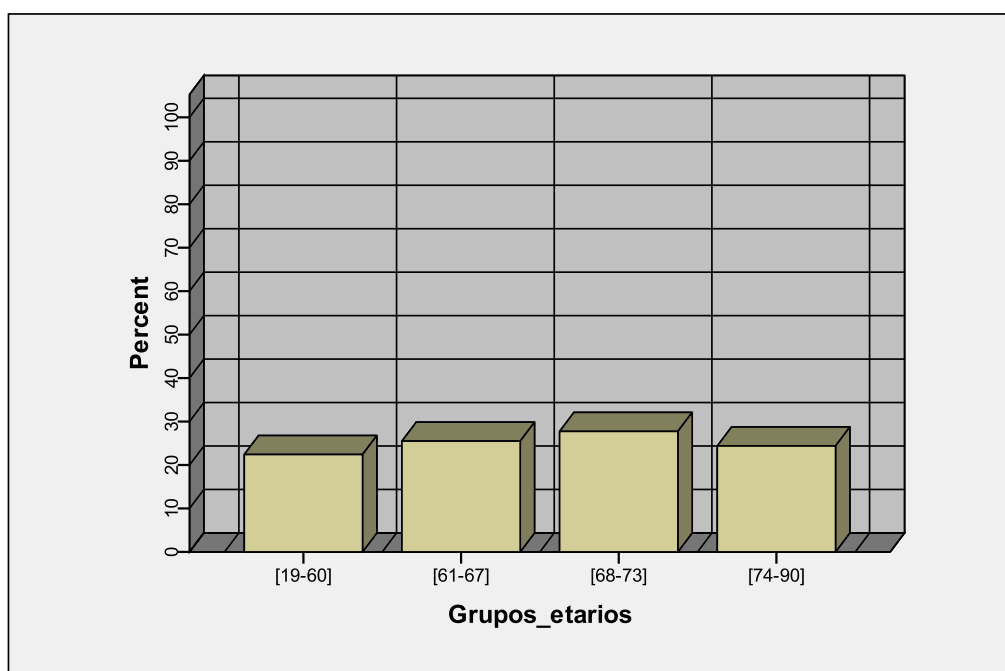
A idade média dos utentes da Unidade de Rastreio de RD dos ACES Alentejo Central I e II que responderam ao inquérito é de 66,43 anos. 50% dos inquiridos têm até 68 anos de idade (mediana 68), variando esta de um mínimo de 19 anos a um máximo de 90. O desvio padrão é de 11,876 anos, denotando-se uma dispersão forte dos dados. São observáveis duas modas (bimodal) - 64 e 72, sendo o valor mais baixo representada na tabela 8.1..

Tabela 8.1. Distribuição dos utentes por idade

N	Valid	357
	Missing	0
Mean		66,43
Median		68,00
Mode		64 ^a
Std. Deviation		11,876
Minimum		19
Maximum		90
Percentiles	25	61,00
	50	68,00
	75	74,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

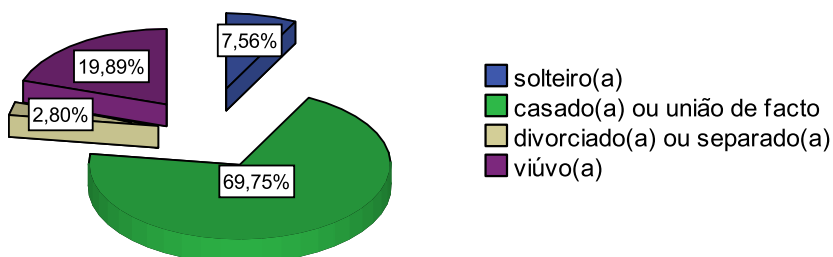
Posteriormente, esta variável foi categorizada em quatro grupos etários, como mostra o Gráfico 2. Optou-se por escolher os quartis como valores de referência na definição dos diferentes grupos com o fim de obter conjuntos mais próximos uns dos outros no diz respeito à percentagem de inquiridos. O grupo que detém maior número de indivíduos é o grupo dos 68 aos 73 anos (gráfico 8.2.).

Gráfico 8.2. Distribuição dos utentes por grupo etário

Estado Civil

No que diz respeito ao estado civil, 69.75% dos utentes inquiridos são casados ou vivem em união de facto, 19.89% são viúvos, 7.56% solteiros e 2.80% divorciados ou separados (gráfico 8.3.).

Gráfico 8.3. Distribuição dos utentes por estado civil



Habilitações Literárias

Explorando a variável “Grau de ensino que frequenta ou frequentou”, constata-se que 55.7% dos utentes (199 utentes) frequentam ou frequentaram o 1º ciclo (4ª classe), sendo esta a categoria com mais efectivos. Por ordem decrescente seguem-se as categorias “sem escolaridade” e “2º ciclo (6ª classe)”, com 22.7% e 7.6%, respectivamente. A categoria “Bacharelato ou curso médio” contou com a menor percentagem, 0.3% (1 utente) (tabela 8.2.).

Tabela 8.2. Distribuição dos utentes por habilitações literárias

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Sem escolaridade	81	22,7	22,7	22,7
	1º ciclo (4ª classe)	199	55,7	55,7	78,4
	2º ciclo (6ª classe)	27	7,6	7,6	86,0
	3º ciclo (9º ano de escolaridade)	18	5,0	5,0	91,0
	Ensino secundário complementar	15	4,2	4,2	95,2
	Curso Técnico-profissional	4	1,1	1,1	96,4
	Bacharelato ou curso médio	1	,3	,3	96,6
	Licenciatura	5	1,4	1,4	98,0
	Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento	7	2,0	2,0	100,0
	Total	357	100,0	100,0	

Situação Profissional

Relativamente à variável “Situação Profissional”, a tabela seguinte explica que a grande maioria dos inquiridos são reformados (71.7%). 14.8% situam-se na categoria “Trabalhador (a) por conta de outrem” e 0.6% é a percentagem que corresponde aos inquiridos “estudantes” (tabela 8.3.).

Tabela 8.3. Distribuição dos utentes por situação profissional

	Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid Desempregado (a)	18	5,0	5,0	5,0
Reformado (a)	256	71,7	71,7	76,8
Estudante	2	,6	,6	77,3
Trabalhador (a) por conta de outrem	53	14,8	14,8	92,2
Trabalhador (a) por conta própria	21	5,9	5,9	98,0
outra situação	7	2,0	2,0	100,0
Total	357	100,0	100,0	

Síntese

Realizando uma análise sumariada aos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio de RD e foram inquiridos, conclui-se que estes são maioritariamente do sexo feminino (52,10%) e apresentaram uma média de idades de aproximadamente 66 anos (mínimo de 19 anos e máximo de 90 anos), referindo 69.75% ser casados ou viver em união de facto.

No que diz respeito às habilitações literárias, só 1.4% dos inquiridos são detentores de uma licenciatura, a maioria (55.7%) possui apenas o 1º ciclo (4ª classe) e 22.7% não têm qualquer tipo de escolaridade. Em relação à situação profissional, grande parte dos utentes da amostra está reformado (71.7%).

8.1.2. Factos Relativos à Consulta de Rastreio de Retinoptia Diabética dos ACES do Alentejo Central I e II

Com base na 1ª secção da Parte A do questionário, elaborado para o estudo dos atributos da qualidade e satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico

Sistemático e Tratamento da RD dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e II, efectuou-se uma análise dos resultados e extraíram-se algumas conclusões.

Relembrando que esta secção é constituída por questões relacionadas com factos, valores e opiniões sobre à acção estudada, tem-se que:

- relativamente à pergunta “A1. Por qual das seguintes vias teve conhecimento deste rastreio?”, cerca de 90% dos utentes inquiridos tiveram conhecimento do rastreio através de um “Contacto do Centro de Saúde”, apenas 5.0% por via de “Consulta do Médico de Família” e 1.7% por meio de um “Amigo/Familiar” (tabela 8.4.).

Tabela 8.4. Distribuição dos inquiridos segundo as vias pelas quais tiveram conhecimento do rastreio

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Contacto do Centro de Saúde	321	89,9	91,2	91,2
	Consulta do Médico de Família	18	5,0	5,1	96,3
	Consulta de Enfermagem	7	2,0	2,0	98,3
	Amigo/Familiar	6	1,7	1,7	100,0
	Total	352	98,6	100,0	
Missing	Não sabe	5	1,4		
Total		357	100,0		

- a questão “A1.1. Se teve conhecimento através de um contacto do Centro de Saúde, por que meio foi convocado(a)?” foi respondida apenas pelos efectivos da categoria da pergunta anterior “Contacto do Centro de Saúde” (321 utentes); 79.3% destes inquiridos foram convocados através do “Correio” (carta) (283 utentes), 6.4% por “Chamada telefónica” (23 utentes) e 4.2% por “Convocatória entregue em mão” (15 utentes) (tabela 8.5.).

Tabela 8.5. Distribuição dos inquiridos segundo os diferentes meios de convocatória para o rastreio

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Chamada telefónica	23	6,4	7,2	7,2
	Correio	283	79,3	88,2	95,3
	Convocatória entregue em mão	15	4,2	4,7	100,0
	Total	321	89,9	100,0	
Missing	não aplicável	31	8,7		
	não responde	1	,3		
	não sabe	4	1,1		
	Total	36	10,1		
Total		357	100,0		

- no que concerne à pergunta “A3. Sabe que doença se pretende despistar com este rastreio?”, se pode concluir, decompondo a tabela 8.6, que 26.6% dos inquiridos (95 utentes) não sabem que doença se pretende despistar com o rastreio para o qual foram convocados.

Tabela 8.6. Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento que têm sobre a doença que se pretende despistar na consulta de rastreio

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Sim	262	73,4	73,4	73,4
	Não	95	26,6	26,6	100,0
	Total	357	100,0	100,0	

Se se proceder à mesma análise por Centro de Saúde, verifica-se que quem mais respondeu afirmativamente a esta questão foram os inquiridos do Centro de Saúde de Vila Viçosa (93.8%), sendo os homólogos do Centro de Saúde de Borba os que demonstram menor conhecimento neste aspecto (50.0%).

- avaliando a questão “A4. Em caso de ser detectada esta complicação na consulta de rastreio conhece o tratamento que lhe está associado na maioria dos casos?”, ao observar a tabela que se segue, se conclui que 56.3% dos utentes inquiridos (201 utentes) não sabe que tipo de tratamento está associado à RD na maioria dos casos (tabela 8.7.).

Tabela 8.7. Distribuição dos inquiridos segundo o conhecimento que têm sobre o tratamento associado à RD

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Sim	154	43,1	43,4	43,4
	Não	201	56,3	56,6	100,0
	Total	355	99,4	100,0	
Missing	não responde	2	,6		
Total		357	100,0		

Ao realizar-se uma avaliação similar por Centro de Saúde verifica-se que os inquiridos dos Centros de Saúde de Vila Viçosa e de Mora foram os que responderam “sim” em maior percentagem à pergunta A4, ambos com 73.3%. O Centro de Saúde de Mourão apresenta o menor número de efectivos para a mesma categoria (10.0%), apenas 1 inquirido respondeu conhecer o tratamento associado à RD.

- estudando as respostas à questão “A5. Que meio utilizou para se deslocar até à consulta de rastreio, no Centro de Saúde?”, 30.8% dos utentes inquiridos se deslocaram “A pé” até ao Centro de Saúde para a realização da Consulta de Rastreio, 30.5% utilizaram “Veículo próprio”, 20.4% optaram pelo “Transporte da autarquia/Junta de freguesia”, 9.0% pelo “Táxi”, 4.8% pela “Ambulância” e 4.5% por “Transporte Público” (tabela 8.8.).

Tabela 8.8. Distribuição dos inquiridos segundo o meio que utilizaram para se deslocar ao Centro de Saúde com o fim de realizar a consulta de rastreio

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	A pé	110	30,8	30,8	30,8
	Veículo próprio	109	30,5	30,5	61,3
	Táxi	32	9,0	9,0	70,3
	Ambulância	17	4,8	4,8	75,1
	Transporte público	16	4,5	4,5	79,6
	Transporte da autarquia/ Junta de freguesia	73	20,4	20,4	100,0
Total		357	100,0	100,0	

Analisando-se a presente variável por Centro de Saúde verifica-se que é associada ao Centro de Saúde de Mourão que surge a maior percentagem de

efectivos (60%) na categoria “A pé”, logo seguido pelo Centro de Saúde de Viana do Alentejo com 58.8%. O grupo de utentes que menos se deslocou “A pé” para a Consulta de Rastreio foram os relativos ao Centro de Saúde de Évora, onde apenas 18.6% usaram este meio. Por sua vez, foram estes os que mais indicaram o “Veículo próprio” como a forma de se deslocar até à Consulta de Rastreio (52.9%). A mesma categoria apresenta 0 efectivos para o Centro de Saúde de Borba.

No que diz respeito ao “Táxi”, foram os inquiridos do Centro de Saúde de Alandroal que mais o usaram como meio de transporte para a Consulta de Rastreio de RD (20.0%), logo seguidos pelos do Centro de saúde de Vila Viçosa (18.8%). É de referir que nos Centros de Saúde de Borba, Mora, Mourão e Portel este meio foi usado por 0% dos inquiridos. Para a opção “Ambulância” observa-se a maior percentagem de efectivos no Centro de Saúde de Alandroal (13.3%), imediatamente seguido pelos Centros de Saúde de Borba (12.5%) e de Vila Viçosa (12.5%). Os Centros de Saúde de Mourão e de Reguengos de Monsaraz têm frequência 0 nesta categoria.

Foi no Concelho de Mora que os inquiridos mais usaram o “Transporte público” para se deslocar ao Centro de Saúde e realizar a Consulta de Rastreio (33.3%). Nos Concelhos de Arraiolos, Borba, Mourão, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa a utilização do “Transporte Público” pelos inquiridos para a deslocação em causa foi de 0%. No que respeita ao “Transporte da autarquia/Junta de freguesia”, os inquiridos do Centro de Saúde de Portel foram os que mais o usaram, atingindo uma percentagem de 47.4% nesta categoria. Seguem-se os do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo com 37.5%. Évora, Mora, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa são concelhos cujos inquiridos não usaram “Transporte da autarquia/Junta de freguesia” (0%).

8.1.3. Valores Relativos à Consulta de Rastreio de RD dos ACES Alentejo Central I e II

A questão “A2. Considera este tipo de acções importantes?” solicita um tipo de informação que assenta em valores da acção.

Cerca de noventa e sete por cento (97.2%) dos inquiridos considera o Rastreio uma acção importante, 0.8% respondeu não considerar importante e 2.0% “não sabe” (tabela 8.9.).

Tabela 8.9. Distribuição dos inquiridos de acordo com a importância que atribuem à acção de rastreio

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Sim	347	97,2	99,1	99,1
	Não	3	,8	,9	100,0
	Total	350	98,0	100,0	
Missing	não sabe	7	2,0		
Total		357	100,0		

A observação por Centro de Saúde diz-nos que os três inquiridos que responderam “não” pertencem aos Centros de Saúde de Arraiolos (4.2%), Estremoz (3.6%) e Viana do Alentejo (6.3). As 7 respostas “não sabe” distribuem-se pelos inquiridos dos Concelhos de Arraiolos (1 inquirido), Estremoz (2 utentes), Évora (2 utentes), Viana do Alentejo (1 utente) e Vila Viçosa (1 utente).

8.1.4. Opinião Relacionada com a Terapêutica indicada para a RD

A questão “A4.1. Em sua opinião, que tipo de tratamento é o mais adequado?” surge no seguimento da questão **A4.** e tem como objectivo geral requerer uma informação baseada numa opinião.

Sendo aplicada na lógica da questão que lhe é imediatamente anterior (**A4.**) no questionário é colocada apenas aos inquiridos que haviam respondido “sim” (154 utentes). Por meio da tabela 8.10. verifica-se, relativamente à pergunta em causa, que 82 dos utentes da amostra (23.0%) responderam “óculos”, 37 (10.4%) “laser”, 24 “gotas” (6.7%) e 1 “nada”. Nove (9) inquiridos (2.5%) optaram pela categoria “outro”, respondendo à questão que lhe estava associada “Qual?”(tabela 8.10.). A tabela 9.11. evidencia as diferentes respostas obtidas, notando-se uma frequência de 4 para a resposta “Operação” e de 1 para qualquer uma das outras quatro respostas dadas.

Quando se estuda o facto abordado na pergunta **A4.1.** por Centro de Saúde constata-se que quer os inquiridos do Centro de Saúde de Borba quer os do Centro de Saúde de Mourão seleccionaram na sua totalidade a opção “óculos” (100.0%). O Centro de Saúde de Vila Viçosa é o que apresenta maior percentagem de respostas na categoria “laser” - 45.5%, seguido do Centro de Saúde de Estremoz com 40.0%.

Os inquiridos do Concelho de Viana do Alentejo optaram na sua maioria por indicar “gotas” (50.0%) como o tratamento mais adequado ao quadro clínico da RD. 27.3% (3 inquiridos) é a percentagem que o Centro de Saúde de Arraiolos apresenta

para cada uma das categorias: “óculos”, “laser” e “outro”. O referido resultado da categoria “outro” é o mais elevado de todos os Centros de Saúde (tabela 8.11)

Tabela 8.10. Distribuição dos inquiridos de acordo com a opinião sobre o tipo de tratamento que é mais adequado à RD

		Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	Óculos	82	23,0	53,6	53,6
	Laser	37	10,4	24,2	77,8
	Gotas	24	6,7	15,7	93,5
	Nada	1	,3	,7	94,1
	Outro	9	2,5	5,9	100,0
	Total	153	42,9	100,0	
Missing	não aplicável	203	56,9		
	não responde	1	,3		
	Total	204	57,1		
Total		357	100,0		

Tabela 8.11. Distribuição dos inquiridos de acordo a opinião sobre o tipo de tratamento que é mais adequado à RD – opção “Outro. Qual?”

	Freq.	%	% Válida	% Acumulada
Valid	348	97,5	97,5	97,5
Cirurgia	1	,3	,3	97,8
Conforme o caso clínico de cada um.	1	,3	,3	98,0
gotas + óculos	1	,3	,3	98,3
Medicamentos	1	,3	,3	98,6
Médico da vista.	1	,3	,3	98,9
Operação	4	1,1	1,1	100,0
Total	357	100,0	100,0	

Analisando as respostas dadas às questões abertas **PA8.** e **PA9** podemos afirmar que a maioria dos pontos focados (**PA8**) apontam sobretudo e respectivamente para aspectos tangíveis das instalações (exemplos: “As instalações do centro não estão preparadas para estas consultas”; “Os doentes com dificuldades motoras tiveram muitas dificuldades em subir ao primeiro andar”; “Algumas respostas dadas tiveram

em conta o facto do Centro de Saúde se encontrar em obras”) e para sugestões dadas no sentido das consultas de rastreio da RD se realizarem com mais frequência (**PA9**) para uma maior frequência das consultas de rastreio da RD (“A consulta de rastreio deve realizar-se com maior frequência”; “Consultas mais vezes por anos”; “Consultas com mais frequência”; “Deviam fazer mais vezes”, “Se houvesse mais vezes os utentes eram mais beneficiados atempadamente”; “São precisas mais consultas deste género, a diabetes leva à cegueira”).

8.2. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARA UTENTES - ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUE COMPÕEM A ESCALA SERVPERF, O ASPECTO PARTICULAR E OS ASPECTOS GERAIS

O bloco das variáveis que integram o SERVPERF, o aspecto particular e os aspectos gerais (**PA6.1.1 a PA7.1.3 – grelhas A e B**) procuraram avaliar a concordância ou não dos inquiridos com os níveis de qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD dos ACES Alentejo Central I e II representados pelos itens da escala. A tabela 8.12. elucida para as estatísticas referentes a este conjunto de variáveis.

As estatísticas apuradas para cada uma das questões apontam para distribuições com formato de assimetria negativa acentuada (entre -0.289 e -3.083), médias que indicam níveis de concordância elevados (a média mais baixa verifica-se para a questão **PA6.3.1 – 4.35**) e dispersões relativas (coeficiente de variação) baixas (o coeficiente de variação mais alto é de 11.3% - **PA6.3.1** O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais)). As medianas acompanharam os valores das médias.

O percentil 10 mostra notas de corte de **1.0** (**PA6.3.1 e PA6.3.6**), **2.0** (**PA6.3.2 e PA6.3.5**), **3.0** (**PA6.3.3 e PA6.3.4**), **4.0** (**PA6.4.1**), **5.0** (**PA6.7.1; PA6.7.2; PA6.7.5; PA6.7.7; PA6.5.2; PA6.7.3; PA6.7.4; PA6.2.1; PA6.2.2, PA6.4.1 e PA7.1.1**), **5.7** (**PA6.7.10**) e **6.0** (**PA6.1.2; PA6.6.1; PA6.6.2; PA6.4.2; PA6.1.1; PA6.1.3; PA6.1.4; PA6.1.5; PA7.1.2 e PA7.1.3**), indicando que 10% dos inquiridos mais discordantes se encontram maioritariamente em posições intermédias-altas (“concordo em parte” e “concordo”). Relativamente ao 75º percentil, apenas as questões **PA6.3.1** (O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais)) e **PA6.3.5** (As instalações da sala de espera destinada aos utentes da Consulta de Rastreio apresentam boas condições) apresentam a nota **6.0**, tendo as restantes **7.0** como valor de corte. No que concerne aos 10% mais concordantes (percentil 90) observa-se como nota de todas questões **7.0**. A variável **PA6.3.5** (As instalações da sala de espera destinada aos utentes da Consulta de Rastreio apresentam boas condições) é a que mais se aproxima de um formato simétrico.

A distribuição mostra-se tendencialmente negativa também para o aspecto particular e para os aspectos gerais, já reflectido nos valores de corte referidos. O nível de concordância dos inquiridos é alto, no geral.

Tabela 8.12. Estatísticas – Escala SERVPERF, Aspecto Particular e Aspectos Gerais.

Quest.	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Coef. de Variação (%)	Assimetria	Z _{Assim}	Curtose	Z _{Curt}	Percentis			
									10	25	75	90
PA6.1.2	6.59	7.0	0.754	4.0	-2.647	0.129	9.860	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.3.1	4.35	5.0	2.137	11.3	-0.289	0.129	-1.366	0.258	1.0	2.0	6.0	7.0
PA6.3.2	4.98	5.0	1.903	10.1	-0.628	0.129	-0.847	0.258	2.0	4.0	7.0	7.0
PA6.3.3	5.13	5.0	1.728	9.2	-0.559	0.129	-0.847	0.258	3.0	4.0	7.0	7.0
PA6.3.4	5.34	6.0	1.512	8.0	-0.735	0.129	-0.142	0.258	3.0	4.0	7.0	7.0
PA6.3.5	5.06	5.0	1.687	8.9	-0.697	0.129	-0.351	0.258	2.0	4.0	6.0	7.0
PA6.3.6	4.72	5.0	1.997	10.6	-0.498	0.129	-0.956	0.258	1.0	3.0	7.0	7.0
PA6.5.1	6.15	7.0	1.222	6.5	-1.786	0.129	3.028	0.257	4.0	6.0	7.0	7.0
PA6.6.1	6.49	7.0	0.781	4.1	-2.234	0.129	7.559	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.6.2	6.44	7.0	0.808	4.3	-2.296	0.129	8.858	0.258	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.1	6.40	7.0	0.863	4.6	-1.765	0.130	4.198	0.259	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.2	6.39	7.0	0.891	4.7	-1.876	0.129	4.468	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.5	6.40	7.0	0.920	4.9	-2.161	0.130	6.165	0.259	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.7	6.35	7.0	0.909	9.2	-1.338	0.244	1.289	0.483	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.5.2	6.26	7.0	1.016	5.4	-1.562	0.129	2.430	0.258	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.3	6.47	7.0	0.839	4.4	-1.946	0.129	4.368	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.4	6.43	7.0	0.877	4.6	-2.016	0.129	5.739	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.2.1	6.14	7.0	1.191	6.3	-1.798	0.129	3.481	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.2.2	6.20	7.0	1.174	6.2	-1.962	0.129	4.419	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.2.3	6.19	7.0	1.204	6.4	-2.088	0.129	4.808	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.4.1	6.44	7.0	0.893	4.7	-2.237	0.129	6.913	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.4.2	6.51	7.0	0.841	4.5	-2.434	0.129	8.430	0.258	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.1.1	6.50	7.0	0.837	4.4	-2.695	0.129	11.343	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.1.3	6.56	7.0	0.765	4.1	-2.580	0.129	10.427	0.258	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.1.4	6.57	7.0	0.726	3.8	-2.590	0.129	11.580	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.1.5	6.58	7.0	0.740	3.9	-2.564	0.129	10.808	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.6	6.43	7.0	0.886	7.4	-2.572	0.203	10.520	0.404	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.8	6.37	7.0	0.974	5.2	-2.117	0.129	6.044	0.258	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.9	6.42	7.0	0.872	4.6	-1.923	0.129	5.098	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA6.7.10	6.60	7.0	0.937	10.1	-3.083	0.260	10.404	0.514	5.7	7.0	7.0	7.0
PA7.1.1	6.48	7.0	0.781	4.1	-1.994	0.129	6.942	0.257	5.0	6.0	7.0	7.0
PA7.1.2	6.49	7.0	0.778	4.1	-2.185	0.129	8.128	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0
PA7.1.3	6.50	7.0	0.759	4.0	-2.193	0.129	8.685	0.257	6.0	6.0	7.0	7.0

Fonte: Elaboração própria.

Legenda:



- Aspecto Particular



- Aspectos Gerais

8.2.1. Estudo das Dimensões da Escala SERVPERF e seus Atributos

Este ponto pretende responder à primeira questão orientadora:

1. Qual a percepção dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados? E que dimensões do SERVPERF apresentam melhores e piores atributos de qualidade, segundo a satisfação dos utentes diabéticos que realizaram Consulta de Rastreio?

Com a finalidade de estudar se as dimensões em que originalmente o instrumento foi organizado correspondiam à percepção dos utentes que realizaram a Consulta de Rastreio de RD, submeteu-se a escala SERVPERF à Análise Factorial por componentes principais. A análise factorial é uma técnica estatística redutora, essencialmente usada para identificar as dimensões latentes e não observáveis de um conjunto de variáveis. Isto é, com base na correlação existente entre as variáveis originais (observáveis), a análise factorial por componentes principais estima factores comuns e as relações estruturais que ligam as dimensões latentes às variáveis originais (Maroco, 2003). É um procedimento estatístico que analisa a interdependência, não tendo como pressuposto a existência de uma variável dependente específica (Pallant, 2001).

Este tipo de análise tem, no presente estudo, uma natureza exploratória. Utilizou-se como método de extracção a Análise por Componentes Principais recorrendo ao critério de Kaiser, ou seja, à regra do valor próprio (*eigenvalue*) para determinar o número de factores a extrair. O valor próprio de um factor mede a quantidade da variância total explicada por esse factor. O critério de Kaiser determina que apenas os factores com um valor próximo de 1 ou superior são retidos para posterior análise (Pallant, 2001).

Após a extracção do número de factores considerado mais adequado torna-se pertinente interpretar a sua natureza e o seu significado. Para este efeito recorre-se, com frequência, ao procedimento da rotação que visa “saturar” os factores extraídos com as variáveis originais (observáveis). A técnica da rotação permite tornar o resultado da análise factorial mais compreensível e é geralmente necessária para facilitar a interpretação dos factores resultantes (Pallant, 2001). Por norma, são efectuadas diversas tentativas com recurso a diferentes procedimentos de rotação que usam abordagens ortogonais ou oblíquas disponíveis nos programas estatísticos. No presente caso, a solução que se apresentou como mais adequada e mais próxima da realidade, após o uso de outros tipos de rotação (oblíqua *Promax* e ortogonal *Equamax*, em linguagem do SPSS), foi a rotação ortogonal designada por *Varimax* na linguagem do programa SPSS. Não obstante, os resultados obtidos através dos outros dois métodos de rotação (*Promax* e *Equamax*) não são substancialmente diferentes da solução apresentada.

Antes de se proceder à interpretação dos factores avaliou-se a adequabilidade da análise factorial e verificou-se se as variáveis originais apresentam correlação significativa. Para o efeito, recorreu-se à estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) que estima a homogeneidade da amostra e ao Teste de Esfericidade de *Bartlet* que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2005). De acordo com os resultados pode-se afirmar, por um lado que a Análise factorial pela Técnica dos Componentes Principais é adequada para um KMO=0,932 (“Muito Boa” (Pereira, 2008: 99)) e, por outro lado que existe suficiente intercorrelação entre as variáveis (Teste de Esfericidade de *Bartlet*=significativo; p-value <0,000; com 351 graus de liberdade) para se concluir a existência de subconjuntos constituintes de dimensões latentes que permitem mais facilmente a interpretação dos dados recolhidos junto das fontes (tabela 8.13.).

Tabela 8.13. Teste KMO e Teste de *Bartlet*

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,932
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	9037,797
Df	351
Sig.	,000

Neste sentido e segundo os resultados, a solução mais adequada aponta para a existência de **5 factores** (dimensões) que explicam **75,900 %** da variância total (variância cumulativa) das variáveis originais. Para Pestana e Gageiro (2005), o conjunto de factores deverá explicar pelo menos 70% do total da variância. Contudo, esta regra não pode ser considerada isoladamente dado que a natureza dos factores (determinada pelas variáveis que os compõem) deverá estar adequada em termos teóricos e empíricos. Isto é, os factores extraídos devem ser interpretáveis à luz da teoria e da realidade.

Segundo Hair Jr *et al* (2005 – cit. Domingues, 2008), a significância estatística pode ser avaliada mediante o emprego do poder estatístico associado ao tamanho da amostra, sendo o número de variáveis envolvidas outro possível influenciador da relevância estatística da carga. Como será referido posteriormente, para todas as variáveis que a carga/peso factorial esteve acima dos 0.500, assume-se que os factores expressam pelo menos 25% da variância das variáveis originais.

O primeiro factor, com um valor próprio de **5.806**, tem por base 8 das 27 variáveis originais e explica **21.504%** da variância total. Considerando a natureza das variáveis

originais, este factor constitui um bom indicador sobre o grau de **profissionalismo** com que foi realizada a consulta de rastreio associado ao grau de **confiança** percebido pelo utente. De facto, as variáveis que suportam o factor referem-se a aspectos relacionados com o profissionalismo com que a Técnica de Ortopia efectuou a consulta e simultaneamente com a confiança/segurança transmitida ao utente durante a condução da mesma. A totalidade das variáveis (8) apresenta um peso (*loading*) superior a 0,500. Pode afirmar-se assim, que este factor tem um peso significativo no contexto da percepção global que o grupo alvo tem da forma como foi conduzida a consulta de Rastreio de Retinopatia Diabética do ACES Alentejo Central I e II. As variáveis originais que suportam o factor são as seguintes (por ordem decrescente de *loading*):

Quadro 8.2. Variáveis do Primeiro Factor

- | |
|--|
| <p>PA6.1.5 Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio;</p> <p>PA6.1.4 O atendimento foi personalizado;</p> <p>PA6.1.1 Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia;</p> <p>PA6.1.2 Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.);</p> <p>PA6.1.3 Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio;</p> <p>PA6.4.2 A Técnica de Ortopia que realizou a consulta de rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança);</p> <p>PA6.6.1 Senti confiança na Técnica de Ortopia que me consultou;</p> <p>PA6.4.1 A Técnica de Ortopia que realizou a Consulta de Rastreio transmitiu e segurança ao utente.</p> |
|--|

O segundo factor, com um valor próprio de **5.082**, é suportado por 7 das 27 variáveis originais e explica **18.823%** da variância total. De acordo com a natureza dessas variáveis, o factor em causa indica a percepção dos utentes relativamente à **Organização dos Serviços**. De facto, as variáveis que suportam este factor direccionam-se para aspectos relacionados com a forma como os serviços concernentes à consulta estão organizados, com a realização de procedimentos relativos à convocatória da consulta, com a chamada dos utentes para a consulta e com a facilidade com que estes chegaram aos profissionais de saúde. Todas as variáveis (7) apresentam um peso (*loading*) superior a 0,500. Pode assim dizer-se que também este factor tem um peso significativo no contexto da percepção global que o grupo alvo tem da forma como foram conduzidas as consultas de Rastreio de

Retinopatia Diabética. As variáveis originais que suportam o segundo factor são (por ordem decrescente de *loading*):

Quadro 8.3. Variáveis do Segundo Factor

- PA6.7.5** Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopia que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde;
- PA6.7.9** Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde;
- PA6.7.8** O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente;
- PA6.7.3.** O Centro de Saúde disse ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da consulta de rastreio;
- PA6.7.4** A chamada dos doentes para a consulta de rastreio é feita de forma organizada;
- PA6.7.2** A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora;
- PA6.7.1** A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.

O terceiro factor (valor próprio de **4.120**) tem por base 6 das 27 variáveis originais e explica **15.259%** da variância total. Assumindo de base a natureza das dimensões que o sustentam, este factor comporta-se como um indicador das condições que o(s) Centro(s) de Saúde apresentam para a realização das Consultas de Rastreio de RD em termos de **instalações, capacidade tecnológica e acesso para deficientes**. As variáveis que suportam o terceiro factor referem-se, basicamente, às condições em que foi realizada a consulta e às questões de acessibilidade. À semelhança do que se observou nos anteriores, neste factor as variáveis (6) também apresentam um peso (*loading*) superior a 0,500. E na mesma lógica pode afirmar-se que este factor exhibe um peso significativo no argumento da percepção global que a amostra tem sobre a forma como se efectivaram as consultas de Rastreio de RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II. As variáveis originais que sustentam o terceiro factor são as seguintes (por ordem decrescente de *loading*):

Quadro 8.4. Variáveis do Terceiro Factor

- PA6.3.2** O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio está bem localizado (de fácil acesso);
- PA6.3.3** O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.);
- PA6.3.5** As instalações da sala de espera destinada aos utentes da consulta de rastreio apresentam boas condições.
- PA6.3.4** O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.
- PA6.3.1** O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais).
- PA6.3.6** O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio

No que concerne ao quarto factor, com um valor próprio de **2.793**, este tem de base 3 das 27 variáveis originais e explica **4.952%** da variância total. A natureza das variáveis observáveis que o sustentam aponta que este constitui um indicador da **Capacidade de Resposta** e da **Credibilidade** do Centro de Saúde no que diz respeito à realização das consultas de Rastreio de RD. As três variáveis que suportam o quarto factor referem-se ao tempo de duração da consulta, ao tempo de espera para a consulta e à segurança transmitida ao utente pela Técnica de Ortopia. Todas apresentam um peso (*loading*) superior a 0,500. O descrito revela que o quarto factor tem um peso significativo no contexto da percepção global que a amostra do estudo tem sobre a forma como decorreram as consultas de Rastreio de Retinopatia Diabética. O factor é suportado pelas seguintes variáveis originais (por ordem decrescente de *loading*):

Quadro 8.5. Variáveis do Quarto Factor

- | |
|--|
| <p>PA6.5.2 A Técnica de Ortopia realizou a consulta de rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração;</p> <p>PA6.5.1 O tempo de espera para a consulta de rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo);</p> <p>PA6.6.2 Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados.</p> |
|--|

O quinto factor (valor próprio de **2.691**) tem o suporte de 3 das 30 variáveis originais e explica **9.968%** da variância total. Baseando-nos na natureza das dimensões que o suportam, o referido factor constitui, para os utentes inquiridos, um indicador de **Garantia** e **Segurança** relativamente à realização da consulta e à explicação sobre o estado de saúde da visão destes. Na realidade, as três variáveis que suportam o factor reportam-se à explicação detalhada sobre a importância da consulta, do encaminhamento pós-consulta e da situação do estado de saúde da visão do utente. Assim, pode dizer-se que também este factor tem um peso significativo no contexto da percepção global que a amostra declara acerca de como foram conduzidas as consultas de Rastreio de RD, tendo em conta o peso das variáveis (todos superiores a 0.500). As variáveis originais que suportam o factor são (por ordem decrescente de *loading*):

Quadro 8.6. Variáveis do Quinto Factor

- | |
|--|
| <p>PA6.2.1 Inicialmente, a Técnica de Ortopia deu-me uma explicação detalhada sobre a importância daquela consulta de rastreio e em que consistia;</p> <p>PA6.2.3 A Técnica de Ortopia deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a consulta de rastreio;</p> <p>PA6.2.2 A Técnica de Ortopia deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da consulta de rastreio.</p> |
|--|

Note-se que todos os aspectos referidos que guardam certa proximidade poderiam ter sido alocados no momento da construção da Escala SERVPERF.

A informação descrita anteriormente relativa à rotação ortogonal *Varimax* apresenta-se em tabela no apêndice VII.

Perante as constatações anteriores e adoptando algum carácter subjectivo na nomeação dos factores, assume-se que há relevância na criação de nomes gerais para cada conjunto de variáveis, como foi sendo definido. Esta definição permitirá a representação das novas dimensões na Escala SERVPERF.

- Primeiro Factor: **Profissionalismo e Confiança** – representado pelo profissionalismo e pela confiança que a Técnica de Ortóptica transmitiu ao utente no âmbito da Consulta de Rastreio;
- Segundo Factor: **Organização dos Serviços** – representado pelos aspectos relacionados com a organização dos serviços em geral e da consulta em particular, assim como com a acessibilidade aos profissionais de saúde;
- Terceiro Factor: **Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade** – representado pelas circunstâncias físicas e de acessibilidade em que foi realizada a consulta;
- Quarto Factor: **Capacidade de Resposta e Credibilidade** – representado pela capacidade que o Centro de Saúde tem em realizar a Consulta de Rastreio de RD e pela credibilidade que transmite ao efectivá-la;
- Quinto Factor: **Garantia e Segurança** – representado pelos procedimentos da Consulta propriamente dita, nomeadamente pela transmissão de informação pela Técnica de Ortóptica (explicações a utente antes, durante e após a consulta);

A tabela 8.14 apresenta a composição dos supra referidos factores da qualidade em serviços e, por conseguinte, da satisfação e suas respectivas composições.

Tabela 8.14. Nomeação dos Factores

Quest	Descrição	Factor	Nome
PA6.1.5	Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	FACTOR 1	Profissionalismo e Confiança
PA6.1.4	O atendimento foi personalizado.		
PA6.1.1	Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia.		
PA6.1.2	Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.).		
PA6.1.3	Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio.		
PA6.4.2	A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).		
PA6.6.1	Senti confiança na Técnica de Ortopática que me consultou.		
PA6.4.1	A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio transmitiu segurança ao utente.	FACTOR 2	Organização dos Serviços
PA6.7.5	Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.		
PA6.7.9	Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde.		
PA6.7.8	O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.		
PA6.7.3	O Centro de Saúde diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da consulta de rastreio.		
PA6.7.4	A chamada dos doentes para a consulta de rastreio é feita de forma organizada.		
PA6.7.2	A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora.		
PA6.7.1	A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	FACTOR 3	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade
PA6.3.2	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio está bem localizado (de fácil acesso).		
PA6.3.3	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.).		
PA6.3.5	As instalações da sala de espera destinada aos utentes da consulta de rastreio apresentam boas condições.		
PA6.3.4	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.		
PA6.3.1	O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais).		
PA6.3.6	O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio.	FACTOR 4	C. Resposta e Credibilidade
PA6.5.2	A Técnica de Ortopática realizou a consulta de rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração.		
PA6.5.1	O tempo de espera para a consulta de rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo).		
PA6.6.2	Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados.	FACTOR 5	Garantia e Segurança
PA6.2.1	Inicialmente, a Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre a importância daquela consulta de rastreio e em que consistia.		
PA6.2.3	A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a consulta de rastreio.		
PA6.2.2	A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da consulta de rastreio.		

Fonte: Elaboração própria.

Posteriormente, repetiu-se o procedimento que anteriormente foi dirigido ao pré-teste – Validação da Escala do Instrumento – fiabilidade e validade, mas agora numa fase pós-factorial. A análise em causa tem como finalidade não só verificar se a fiabilidade do instrumento se mantém relativamente ao pré-teste, mas também avaliar a fiabilidade dos dados recolhidos.

8.2.1.1. Fiabilidade do Instrumento – Análise Pós-Factorial

Para verificação da consistência interna dos cinco novos factores criados aplicou-se novamente a medida *Alpha* de *Cronbach* com o objectivo de examinar se os itens que integram determinado factor reflectem o mesmo constructo e se os dados recolhidos são fiáveis. A abordagem ao coeficiente está representada na tabela 8.15..

As variáveis do factor Profissionalismo/Confiança geraram um valor α de 0.960 (classificação “Muito Boa”). O mesmo se verificou para os factores Organização, Tangibilidade, Capacidade de Resposta e Garantia/Segurança, cujos valores do *Alpha* de *Cronbach* foram 0.937, 0.885, 0.853 e 0.884, respectivamente, todos eles situados na categoria “Muito Boa”. Estes resultados evidenciam a consistência interna dos factores, ou seja, a existência de homogeneidade nas variáveis que os integram.

A eliminação prévia da questão inerente ao Terceiro Factor – Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade (**PA6.3.6** O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio) - sombreada a verde na tabela permitiria melhorar o coeficiente da dimensão (0.892). Contudo, a diferença de 0.7% não justifica essa eliminação. O análogo aconteceria para o Coeficiente de *Alpha* de *Cronbach* Total, cuja eliminação da mesma variável elevaria a 0.939 (0.3% de diferença), não se justificando. Por último, a eliminação do aspecto **PA6.3.1** O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais) causaria semelhante impacto na medida da consistência interna total (0.939), não havendo fundamento para que fosse eliminado.

Tabela 8.15. Coeficientes *Alpha de Cronbach* das Novas Dimensões das Variáveis da Escala SERVPERF

Escala SERVERPERF – Pós-Factorial	Dimensões	Variável	Coef. Alpha de Cronbach Dimensão	Coef. Alpha de Cronbach (Total)	Correlação Item-Total Corrigida	Alpha de Cronbach removendo a variável (Dimensão)	Alpha de Cronbach removendo a variável (Total)
	Profissionalismo/Confiança	PA6.1.1	0.960	0.936	0.712	0.952	0.933
		PA6.1.2			0.694	0.954	0.933
		PA6.1.3			0.645	0.958	0.934
		PA6.1.4			0.689	0.954	0.933
		PA6.1.5			0.699	0.954	0.933
		PA6.4.1			0.758	0.959	0.932
		PA6.4.2			0.746	0.954	0.932
		PA6.6.1			0.784	0.955	0.932
	Organização dos Serviços	PA6.7.1	0.937		0.708	0.928	0.933
		PA6.7.2			0.695	0.928	0.933
		PA6.7.3			0.718	0.924	0.933
		PA6.7.4			0.754	0.924	0.932
		PA6.7.5			0.669	0.925	0.933
		PA6.7.8			0.636	0.931	0.933
		PA6.7.9			0.677	0.926	0.933
	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	PA6.3.1	0.885		0.448	0.875	0.939
		PA6.3.2			0.541	0.853	0.936
		PA6.3.3			0.564	0.857	0.935
		PA6.3.4			0.657	0.858	0.933
		PA6.3.5			0.583	0.858	0.934
		PA6.3.6			0.429	0.892	0.939
	Capacidade de Resposta/Credibilidade	PA6.5.1	0.853		0.594	0.737	0.933
		PA6.5.2			0.609	0.666	0.933
		PA6.6.2			0.734	0.787	0.933
	Garantia/Segurança	PA6.2.1	0.884		0.540	0.814	0.934
		PA6.2.2			0.569	0.848	0.934
PA6.2.3		0.560			0.843	0.934	

Nota: Os itens a amarelo (α total) e a verde (α dimensão) significam que os valores das variáveis baixam o Coeficiente *Alpha de Cronbach* correspondente. Contudo, nos casos referidos a diferença é insignificante, razão pela qual não se iustifica a sua remoção ou reformulação.

Fonte: Elaboração própria.

É de referir que, embora as subescalas sejam diferentes das originais, a fiabilidade não só do instrumento tomado como um todo como de cada um dos factores é em geral superior comparativamente com a fiabilidade do instrumento e das dimensões estimadas com base na informação do pré-teste (α total pós-factorial=0.936; α total pré-teste=0.910). Também aqui, os resultados obtidos reflectem não só que o instrumento mantém a sua consistência interna global e a de cada um dos seus factores, como que a fiabilidade dos dados recolhidos é uma realidade

garantida (os dados que serviram de base ao estudo são fiáveis). Neste contexto, ao contrário do que sucedeu no pré-teste, a totalidade dos dados garante que a consistência interna seja admissível para todas as subescalas.

8.2.1.2. Validade do Instrumento – Análise Pós-Factorial

Validade Convergente

À semelhança do que ocorreu ao nível do pré-teste, a validade convergente foi estimada com base na criação de dois índices para mais tarde se estudar a correlação entre eles. (1) O primeiro índice foi criado com base em todos os itens do instrumento, à excepção dos itens com a informação “caso se aplique” e dos que solicitavam aos utentes a avaliação geral do serviço da Consulta de Rastreio da RD (27 itens). (2) O segundo assenta nas três variáveis que medem a satisfação e qualidade geral dos inquiridos para com a Consulta de Rastreio da RD. Além deste procedimento, examinou-se também a convergência de cada um dos factores do instrumento com o índice de satisfação global. Ambos baseados na informação pós-factorial, tanto para o primeiro como para o segundo procedimento utilizou-se o coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os resultados são apresentados nas tabelas 8.16. e 8.17..

Tabela 8.16. Validade Convergente Pós-Factorial – Qual_Sat_Geral/Total das Variáveis

Correlations		Qual_Sat_Geral	Total variáveis
Qual_Sat_Geral	Pearson Correlation	1	,774**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	357	346
Total variáveis	Pearson Correlation	,774**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	346	346

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8.17. Validade Convergente Pós-Factorial – Factores

Correlations

		Qual_Sat_Geral	Profissionalismo_ Confiança	Organização_ Serviços	Tangibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_ Segurança
Qual_Sat_Geral	Pearson Correlation	1	,727**	,788**	,421**	,600**	,551**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	357	355	350	354	356	357
Profissionalismo_ Confiança	Pearson Correlation	,727**	1	,769**	,375**	,707**	,643**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	355	355	348	352	354	355
Organização_ Serviços	Pearson Correlation	,788**	,769**	1	,390**	,679**	,603**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	350	348	350	348	350	350
Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	Pearson Correlation	,421**	,375**	,390**	1	,412**	,234**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	354	352	348	354	354	354
CResposta_ Credibilidade	Pearson Correlation	,600**	,707**	,679**	,412**	1	,568**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	356	354	350	354	356	356
Garantia_ Segurança	Pearson Correlation	,551**	,643**	,603**	,234**	,568**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	357	355	350	354	356	357

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como se pode verificar nas tabelas anteriores, tanto para o instrumento (todas as variáveis/tabela 8.16 – célula a amarelo)) como para as dimensões existe (tabela 8.17. – células a amarelo), assim como se verificou para o pré-teste, uma forte tendência para convergência com o índice Qual_Sat_Geral (valores próximos de 1). Verifica-se igualmente que essa tendência não é tão visível no que concerne ao factor Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade (0.421). Da mesma forma que para o pré-teste, não é possível com os dados disponíveis descortinar as razões subjacentes a uma convergência menos visível da Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade do que dos outros factores com a medida Qual_Sat_Geral. As correlações entre os factores resultantes da análise factorial também se mostram elevadas (células a laranja).

Em resumo pode-se afirmar que o instrumento SERVPERF apresenta uma validade convergente razoável no presente contexto de estudo, não só em termos globais como também dos seus factores.

Validade Discriminante

Tal como para o pré-teste, no âmbito dos dados finais do estudo calculou-se a validade discriminante do instrumento e suas subescalas (factores) através da análise da correlação entre os vários factores/variáveis do instrumento e um indicador de natureza diferente – “grau de ensino que está a frequentar ou frequentou”. Utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman's* como medida. As tabelas 8.18., 8.19. e 8.20. mostram os resultados apurados.

Tabela 8.18. Validade Discriminante Pós-Factorial – Total das Variáveis

Correlations				
			Total_Variáveis	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou
Spearman's rho	Total_Variáveis	Correlation Coefficient	1,000	,052
		Sig. (2-tailed)	.	,338
		N	346	346
	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Correlation Coefficient	,052	1,000
		Sig. (2-tailed)	,338	.
		N	346	357

Tabela 8.19. Validade Discriminante Pós-Factorial – Qual_Sat_Geral

Correlations				
			Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Qual_Sat_Geral
Spearman's rho	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Correlation Coefficient	1,000	,071
		Sig. (2-tailed)	.	,181
		N	357	357
	Qual_Sat_Geral	Correlation Coefficient	,071	1,000
		Sig. (2-tailed)	,181	.
		N	357	357

Tabela 8.20. Validade Discriminante Pós-Factorial – Factores

			Correlations					
			Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Profissionalismo_ Confiança	Organização _Serviços	Tangibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_ Segurança
Spearman's rho	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Correlation Coefficient	1,000	,031	,097	-,052	,090	,113*
		Sig. (2-tailed)	.	,555	,069	,328	,090	,034
		N	357	355	350	354	356	357
	Profissionalismo_ Confiança	Correlation Coefficient	,031	1,000	,751**	,414**	,709**	,738**
		Sig. (2-tailed)	,555	.	,000	,000	,000	,000
		N	355	355	348	352	354	355
	Organização_ Serviços	Correlation Coefficient	,097	,751**	1,000	,416**	,705**	,671**
		Sig. (2-tailed)	,069	,000	.	,000	,000	,000
		N	350	348	350	348	350	350
	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	Correlation Coefficient	-,052	,414**	,416**	1,000	,434**	,326**
		Sig. (2-tailed)	,328	,000	,000	.	,000	,000
		N	354	352	348	354	354	354
	CResposta_ Credibilidade	Correlation Coefficient	,090	,709**	,705**	,434**	1,000	,626**
		Sig. (2-tailed)	,090	,000	,000	,000	.	,000
		N	356	354	350	354	356	356
	Garantia_ Segurança	Correlation Coefficient	,113*	,738**	,671**	,326**	,626**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,034	,000	,000	,000	,000	.
		N	357	355	350	354	356	357

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como se pode verificar pelas tabelas anteriores, a situação encontrada com os dados finais do estudo difere substancialmente do resultado encontrado com os dados do pré-teste. Isto é, enquanto que com os dados do pré-teste tanto o instrumento globalmente como cada uma das suas dimensões não apresentam aparentemente validade discriminante relativamente ao indicador que mede o grau de escolaridade, com os dados finais do estudo a situação encontrada é completamente oposta, quer para o instrumento quer para os factores. Constata-se, no seio os dados finais do estudo que o instrumento na sua globalidade (células sombreadas a amarelo – Coeficientes de Correlação de *Spearman's*) e cada uma das suas subescalas (células sombreadas a verde – Coeficientes de Correlação de *Spearman's*) apresentam

aparentemente uma adequada validade discriminante, existindo mesmo valores abaixo de 0 (todas as correlações estão abaixo de 0.113).

Sem dados suficientes para se saber porque motivos com o mesmo indicador o instrumento e os seus factores não apresentam validade discriminante com os dados do pré-teste e apresentam-na visivelmente com os dados finais do estudo, alguns aspectos podem ser apontados como pilares desta questão:

1. O número de casos do pré-teste (15) é muito menor do que o número de casos do estudo final (357);
2. O indicador escolhido para correlacionar com as medidas do SERVPERF não é o mais adequado. Por exemplo, uma percepção mais adequada da valia dos serviços de consulta pode estar positivamente correlacionada com o nível de escolaridade (embora não tenha sucedido com os dados do estudo final);
3. Relativamente às dimensões pode-se referir que, uma vez que ficaram diferentes após terem sido submetidas à análise factorial, poderão representar mais adequadamente o grupo alvo em estudo.

Resumidamente, parece poder dizer-se que o instrumento SERVPERF apresenta validade discriminante não só em termos globais como também em termos dos seus factores (subescalas). Os valores observados mostram que as variáveis correlacionadas (dimensões pós-factoriais – “Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou”) são discriminantes.

Respondendo de forma directa e sucinta à primeira parte da questão orientadora 1, que tem por base o primeiro objectivo específico, pode-se afirmar que foi identificada e compreendida a percepção dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente aos cuidados prestados. Tal entendimento pode ser percebido pelo resultado da análise factorial, reflectindo-se em novos factores que apontam novas associações de variáveis e por isso foram renomeados: Profissionalismo e Confiança; Organização dos Serviços; Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade; Capacidade de Resposta e Credibilidade; Garantia e Segurança.

Com o intuito de responder à segunda parte da mesma questão ((...)E que dimensões do SERVPERF apresentam melhores e piores atributos de qualidade, segundo a satisfação dos utentes diabéticos que realizaram Consulta de Rastreio?), procedeu-se ao teste de *Friedman* - técnica estatística utilizada na análise de variância não paramétrica.

8.2.1.3. Atributos de Qualidade dos Factores da Escala SERVPERF – Teste de Friedman

O Teste *Friedman* fornece a importância relativa das variáveis (neste caso dimensões) de acordo com a percepção dos utentes. Os resultados são evidenciados nas tabelas 8.21. e 8.22..

Tabela 8.21. Atributos das Dimensões da Escala SERVPERF

Ranks	
	Mean Rank
Profissionalismo_Confiança	3,74
Organização_Serviços	3,41
Aparência Física/Tecnológica das Instalações_Acessibilidade	1,53
CResposta_Credibilidade	3,23
Garantia_Segurança	3,08

Tabela 8.22. Estatísticas de Teste – Teste de Friedman

Test Statistics ^a	
N	346
Chi-square	560,136
df	4
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

A célula sombreada a laranja (valor mais alto) confirma o factor Profissionalismo e Confiança como o melhor atributo do serviço prestado no âmbito da Consulta de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II para os utentes (3.74). A sombreada a amarelo - Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade, pelo contrário, representa o valor mais baixo (1.53) e por conseguinte o pior atributo na opinião dos mesmos utentes. A cor verde realça que os resultados do teste *Friedman* são significativos (Sig < 0.000).

O teste de *Friedman* permite responder à segunda parte da primeira questão orientadora através da apresentação, por ordem decrescente do nível de concordância dos utentes inquiridos, dos atributos que os factores apresentam: Profissionalismo e Confiança (3.74 – melhor atributo); Organização dos Serviços (3.41); Capacidade de Resposta e Credibilidade (3.23); Garantia e Segurança (3.08) e Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade (1.53 – pior atributo).

8.2.2. Estudo dos Factores Subjacentes à Satisfação dos Utes

O presente ponto tem a finalidade de responder à segunda questão orientadora:

2. Quais os factores subjacentes à satisfação dos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio?

8.2.2.1. Análise de Regressão Linear Múltipla – Factores

Fixando a questão suprarreferida e assumindo sempre de base o objectivo geral do presente estudo, recorreu-se à estratégia da Análise de Regressão Linear Múltipla utilizando como variáveis independentes (variáveis explicativas) os cinco factores resultantes da Análise Factorial a que foram submetidos os dados recolhidos através do inquérito por questionário. Para variável dependente definiu-se o índice de satisfação construído a partir das três questões que medem a Qualidade e Satisfação Geral (Qual_Sat_Geral) percebida pelos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II em relação à forma como decorreu a Consulta de Rastreio da RD na respectiva Unidade de Rastreio.

Por razões operacionais e de orientação formulou-se a seguinte Hipótese:

A **satisfação dos utentes diabéticos** dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da Retinopatia Diabética pode ser explicada (é influenciada) por um conjunto de aspectos relacionados com o funcionamento e a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio, enquanto estrutura que vai integrando os CS. Tais aspectos são inerentes aos cinco factores: (1) **Profissionalismo e Confiança** transmitidos pela Técnica de Ortopia, (2) **Organização dos Serviços** da Unidade de Rastreio e do Centro de Saúde (3) **Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade** (Condições das Instalações, Equipamento e Capacidade Tecnológica do gabinete/Centro de Saúde) da Unidade de Rastreio, (4) **Capacidade de Resposta e Credibilidade** do Centro de Saúde e da Unidade de Rastreio e (5) **Garantia e Segurança** dadas pela Técnica de Ortopia.

A Análise de Regressão Linear Múltipla constitui um misto de técnicas estatísticas que tem como finalidade explorar a relação entre um conjunto de variáveis independentes (factores preditivos) e uma variável dependente cuja variabilidade se pretende explicar pela influência dos factores preditivos (Palliant, 2001). A análise de regressão é uma estratégia de previsão do valor de uma dada característica a partir de um conjunto de outras características que teoricamente estejam relacionadas.

Existem diversos modelos de regressão que devem ser utilizados em função dos objectivos pretendidos. No presente estudo, pretendem-se conhecer os factores subjacentes (que expliquem), tendo em conta a análise factorial, à satisfação global dos utentes diabéticos relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio de RD do ACES Alentejo Central I e II. Por esta linha de pensamento, o modelo que melhor se ajusta à situação é o *Stepwise* (em linguagem do SPSS), que selecciona as variáveis com base na força da sua correlação com a variável dependente, não deixando “entrar” aquelas que não têm correlação ou não a têm suficientemente (Palliant, 2001).

A equação linear múltipla que descreve o modelo testado (pós-factorial) a partir da amostra é:

$$\text{Qual_Sat_Geral} = \text{SERV 1} + \text{SERV 2} + \text{SERV 3} + \text{SERV 4} + \text{SERV 5}$$

Onde:

$$\text{Qual_Sat_Geral} = \text{PA7.1} = (\text{PA7.1.1}; \text{PA7.1.2}; \text{PA7.1.3});$$

SERV 1 = Factor 1, SERV 2 = Factor 2, SERV 3 = Factor 3, SERV 4 = Factor 4, SERV 5 = Factor 5.

Decompondo: $(\text{PA7.1} = a + (b\text{PA6.1.1} \vee \text{PA6.1.1} + b\text{PA6.1.2} \vee \text{PA6.1.2} + b\text{PA6.1.3} \vee \text{PA6.1.3} + b\text{PA6.1.4} \vee \text{PA6.1.4} + b\text{PA6.1.5} \vee \text{PA6.1.5} + b\text{PA6.4.1} \vee \text{PA6.4.1} + b\text{PA6.4.2} \vee \text{PA6.4.2} + b\text{PA6.6.1} \vee \text{PA6.6.1}) + (b\text{PA6.7.1} \vee \text{PA6.7.1} + b\text{PA6.7.2} \vee \text{PA6.7.2} + b\text{PA6.7.3} \vee \text{PA6.7.3} + b\text{PA6.7.4} \vee \text{PA6.7.4} + b\text{PA6.7.5} \vee \text{PA6.7.5} + b\text{PA6.7.8} \vee \text{PA6.7.8} + b\text{PA6.7.9} \vee \text{PA6.7.9}) + (b\text{PA6.3.1} \vee \text{PA6.3.1} + b\text{PA6.3.2} \vee \text{PA6.3.2} + b\text{PA6.3.3} \vee \text{PA6.3.3} + b\text{PA6.3.4} \vee \text{PA6.3.4} + b\text{PA6.3.5} \vee \text{PA6.3.5} + b\text{PA6.3.6} \vee \text{PA6.3.6}) + (b\text{PA6.5.1} \vee \text{PA6.5.1} + b\text{PA6.5.2} \vee \text{PA6.5.2} + b\text{PA6.6.2} \vee \text{PA6.6.2}) + (b\text{PA6.2.1} \vee \text{PA6.2.1} + b\text{PA6.2.2} \vee \text{PA6.2.2} + b\text{PA6.2.3} \vee \text{PA6.2.3}))$

Onde:

a = estimativa do parâmetro α

b_i = estimativa não padronizada do parâmetro β_i (para $i = \text{PA6.1.1}, \text{PA6.1.2}, \text{PA6.1.3}, \text{PA6.1.4}, \text{PA6.1.5}, \text{PA6.4.1}, \text{PA6.4.2}, \text{PA6.7.1}, \text{PA6.7.2}, \text{PA6.7.3}, \text{PA6.7.4}, \text{PA6.7.5}, \text{PA6.7.8}, \text{PA6.7.9}, \text{PA6.3.1}, \text{PA6.3.2}, \text{PA6.3.3}, \text{PA6.3.4}, \text{PA6.3.5}, \text{PA6.3.6}, \text{PA6.5.1}, \text{PA6.5.2}, \text{PA6.6.2}, \text{PA6.2.1}, \text{PA6.2.2}, \text{PA6.2.3}$)

As tabelas seguintes mostram os resultados do Modelo de Regressão sobre a variável Qual_Sat_Geral:

Tabelas 8.23., 8.24. e 8.25. Modelo de Regressão (pós factorial) sobre a Variável Qual_Sat_Geral

Entered Variables^d

Model	Entered Variables	Method	R	R ²
1	Organização_Serviços	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	0,789 ^a	0,622
2	Profissionalismo/Confiança	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	0,820 ^b	0,673
3	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	0,826 ^c	0,682

a. Predictors: (Constant), Organização_Serviços

b. Predictors: (Constant), Organização_Serviços, Profissionalismo_Confiança

c. Predictors: (Constant), Organização_Serviços, Profissionalismo_Confiança, Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade

d. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	115,946	1	115,946	567,140	,000 ^a
	Residual	70,327	344	,204		
	Total	186,273	345			
2	Regression	125,367	2	62,683	353,011	,000 ^b
	Residual	60,906	343	,178		
	Total	186,273	345			
3	Regression	127,126	3	42,375	245,024	,000 ^c
	Residual	59,147	342	,173		
	Total	186,273	345			

a. Predictors: (Constant), Organização_Serviços

b. Predictors: (Constant), Organização_Serviços, Profissionalismo_Confiança

c. Predictors: (Constant), Organização_Serviços, Profissionalismo_Confiança, Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade

d. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	,690	,226		3,052	,002
	Organização_Serviços	,487	,048	,493	10,218	,000
	Profissionalismo_Confiança	,369	,053	,332	6,910	,000
	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	,053	,017	,106	3,189	,002

a. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

Modelo Resultante: **Qual_Sat_Geral = SERV 2 + SERV 1 + SERV 3**

Dimensões Excluídas: SERV 4, SERV 5.

Equação Regressão: **Qual_Sat_Geral = 0.690 (constante) + 0.493 SERV2 + 0.332 SERV1 + 0.106 SERV 3 + € (erro)**

Pode-se concluir, de acordo com o exposto, que três dos cinco factores relacionados com o funcionamento e com a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD dos ACES Alentejo Central I e II estão subjacentes à variabilidade de Qual_Sat_Geral. Em termos concretos e segundo a percepção dos inquiridos, aspectos como o Profissionalismo e a Confiança transmitidos pela Técnica de Ortopia no âmbito da Consulta de Rastreio, a Organização dos Serviços em geral e da consulta em particular, a acessibilidade aos profissionais de saúde e as condições físicas/tecnológicas e de acesso para deficientes ao gabinete da consulta/Centro de Saúde é o que mais influencia o seu grau de Satisfação Geral relativamente à Consulta de Rastreio da RD.

A dimensão do efeito global é determinada pelo coeficiente de determinação R^2 , que neste caso é de 0,682 (0,826 x 0,826) (quadrado do coeficiente de correlação múltiplo R). O valor em questão indica que as variáveis independentes inerentes aos SERV2, SERV1 e SERV3 conseguem explicar 68.2% das variações ocorridas na Qual_Sat_Geral. Mais concretamente, pode dizer-se que a Qualidade e a Satisfação Gerais dos utentes inquiridos para com a Consulta de Rastreio da RD é fundamentalmente influenciada de forma positiva pela organização dos serviços, pelo profissionalismo/confiança demonstrados pela Técnica de Ortopia e pela tangibilidade relativa ao gabinete da Consulta e ao Centro de Saúde. Os outros factores, aparentemente, nada contribuem para explicar a variabilidade da Qual_Sat_Geral do utente no que concerne à Consulta de Rastreio e, por essa razão, foram excluídas do modelo, não sendo preditivos (€ (erro) - resto que não é explicado por aquelas variáveis).

O valor de **0,690** é o da constante acrescentada aos efeitos das variáveis para se compreender o efeito total da regressão. O contributo de cada factor corresponde ao valor β de cada variável que entra no modelo (valores β - o peso da influência da respectiva variável na variável Qual_Sat_Geral). Os valores β indicam o peso da influência da respectiva variável na variável Qual_Sat_Geral. Quanto maior for o valor dos factores (em termos absolutos) menor será o valor de Qual_sat_Geral e vice-versa.

Em termos práticos, pode-se afirmar que o indicador Qual_Sat_Geral de um utente varia em função da percepção que esse mesmo utente tem da Organização da Consulta, do Profissionalismo/Confiança que a Técnica de Ortóptica que a conduz transmite, assim como das condições do espaço e do equipamento utilizados. Isto é, quando um utente diabético faz a Consulta de Rastreio da RD e sente que a Consulta está bem organizada, tal como os procedimentos que lhe são subjacentes, que a profissional que a dirige o faz com profissionalismo e confiança e que o espaço físico e as condições tecnológicas são os adequados, o seu grau de Satisfação Geral para com a Consulta de Rastreio aumenta. Pelo contrário, se o utente sentir que fica ou ficar com dúvidas sobre esses mesmos quesitos, a sua Satisfação Geral para com a Consulta de Rastreio diminui.

Perante tais evidências, deve-se igualmente dizer que a avaliação que os inquiridos fazem de um conjunto de aspectos relacionados com o funcionamento e qualidade organizacional da Unidade de Rastreio onde foram consultados só influencia a sua satisfação geral (Qual_Sat_Geral) com a consulta de forma parcial. Contudo, é importante salientar que os aspectos incluídos nos factores SERV2, SERV1 e SERV3 explicam uma percentagem relativamente elevada (68,2%) da variabilidade da Qual_Sat_Geral, ficando por explicar uma parte (31,8%) pelos outros aspectos incluídos nos factores da Escala SERVPERF.

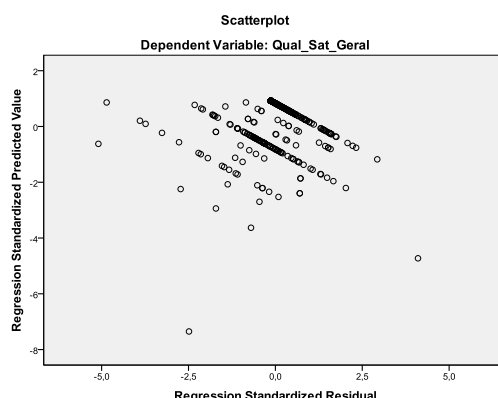
Destaca-se ainda, que as conclusões devem ser tomadas com alguma reserva, uma vez que quando efectuamos análises de regressão pós-factorial perde-se alguma informação. Esta perda de informação está relacionada com o facto dos factores extraídos na análise factorial não explicarem a totalidade da variância existente no conjunto de todos os aspectos. É assim fundamental aprofundar este tipo de análise tendo em vista a compreensão do porquê das outras dimensões não entrarem na regressão. Com esse objectivo, considerou-se relevante proceder a uma análise de regressão múltipla em que as variáveis independentes fossem as variáveis observadas e medidas da escala SERVPERF. Os dados apresentar-se-ão mais à frente.

Antes contudo, é preciso ter em consideração que a leitura acima produzida só é fiável quando se verificam os seguintes pressupostos e condições:

1. Regressão: A regressão é significativa. Esta indicação é dada pelo teste ANOVA (Sig. = 0.000). Se Sig. <0,05 a regressão é significativa e como tal pode ser generalizada para o grupo alvo de onde foi retirada a amostra.

2. Linearidade: Verifica-se este pressuposto. A avaliação é realizada através do gráfico *ScatterPlot*. A representação gráfica (resultado do cruzamento dos resíduos com os valores esperados) mostra uma distribuição sem qualquer padrão não linear, isto é, os pontos representados apresentam-se distribuídos dentro de uma configuração aproximadamente rectangular.

Gráfico 8.4. Gráfico Linearidade (pós-factorial)



3. Homocedasticidade: Verifica-se este pressuposto. Significa homogeneidade da variância das variáveis independentes ao longo da regressão. O mesmo gráfico (gráfico 8.4.) não mostra qualquer padrão de aumento ou diminuição do valor dos resíduos.

4. Normalidade: Verifica-se este pressuposto. A análise é feita através do *Normal Probability Plot of the Regression Standardized Residual* (gráfico 8.5.). Embora se veja pelo gráfico que os resíduos não seguem totalmente a diagonal e pelo histograma a normalidade da curva, ainda que com alguns desvios na distribuição normal do dados, conclui-se que a distribuição destes se aproxima bastante da normalidade.

Gráfico 8.5. Gráfico Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

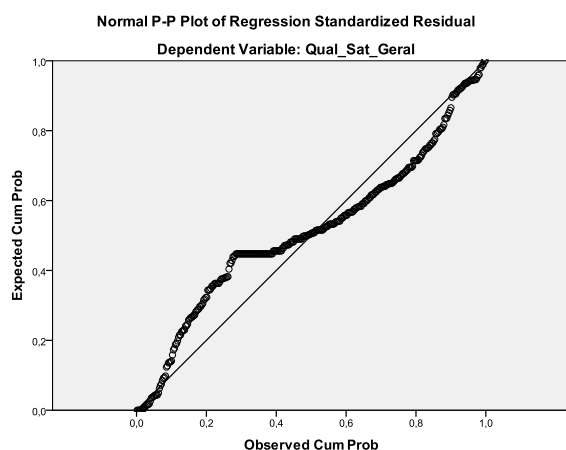
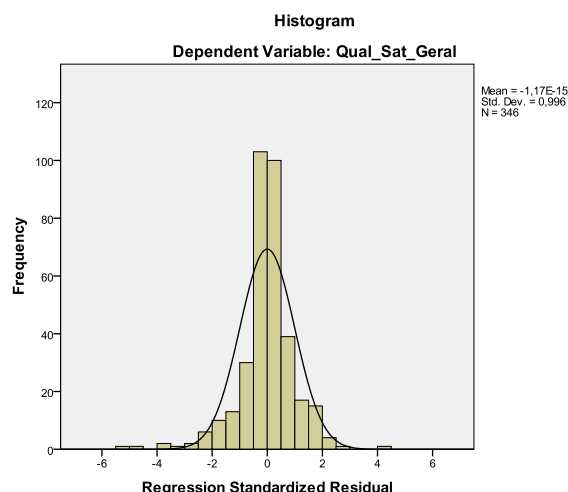


Gráfico 8.6. Histograma



5. Outliers: A regressão é bastante sensível à existência de *Outliers*. No caso de existirem muitos *Outliers* (mais do que 5% do total de casos) é necessário fazer a correcção da base que, na maioria das situações, consiste na eliminação destes casos e na posterior repetição da análise de regressão. Neste contexto específico existem alguns *Outliers* que poderão estar a exercer influência. O aconselhável será eliminar os que se afastam mais de 3 Desvios-Padrão e posteriormente repetir a análise de regressão. No entanto, uma vez que se vai proceder à análise de regressão com todas as variáveis (sem estar agrupadas em factores), a decisão a tomar deverá tomar em consideração esses resultados.

6. Colinearidade: A regressão é também sensível à multicolinearidade, isto é, os resultados são influenciados quando as variáveis independentes têm elevada correlação entre si. A multicolinearidade pode ser identificada e avaliada através de duas estatísticas: Tolerância e Factor de Inflação da Variância (Variance Inflation Factor - VIF). Segundo O'Brien (2007), uma tolerância menor que 0,20 e/ou um VIF superior a 10 indicam a existência de problemas de colinearidade que devem ser tidos em consideração. Neste caso, aparentemente, tais problemas não se verificam, uma vez que a tolerância é superior a 0,20 e o factor VIF é inferior 10 para qualquer das variáveis, como se pode observar na tabela 8.26..

Tabela 8.26. Modelo de Regressão (pós factorial) sobre a Variável Qual_Sat_Geral - Colinearidade

Collinearity diagnostics ^a							
Model	Dimension	Variance Proportions				Collinearity Statistics	
		(Constant)	Organização_ Serviços	Profissionalismo_ Confiança	Tangibilidade	Tolerance	VIF
3	(Constant)	,00	,00	,00	,00		
	Organização_ Serviços	,02	,01	,01	,95	,398	2,511
	Profissionalismo_ Confiança	,86	,25	,04	,04	,403	2,482
	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	,11	,74	,95	,00	,848	1,193

a. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

8.2.2.2. Análise de Regressão Linear Múltipla – Variáveis observáveis da Escala SERVPERF

Uma vez que a análise de regressão utilizando os factores pós-análise factorial como variáveis independentes apresentou alguns problemas, designadamente no que se refere ao número de *Outliers* que pode ter levado a resultados enviesados, considerou-se prudente repetir a análise de regressão múltipla utilizando todas as variáveis observáveis da escala SERVPERF. Para além deste aspecto, deve referir-se que a análise de regressão com a utilização de todas as variáveis poderá dar informação adicional relativamente àquela que foi obtida na análise de regressão com os factores, ajudando na interpretação dos resultados.

Assim, tendo em vista dar resposta à segunda questão orientadora subjacente ao presente estudo recorreu-se à estratégia da análise de regressão múltipla, utilizando agora como variáveis independentes todas as variáveis observáveis que integram a escala SERVPERF e como variável dependente o índice de satisfação construído a partir das três questões que medem a Qualidade e Satisfação Global (Qual_Sat_Geral) percebida pelos utentes diabéticos dos ACES do Alentejo Central I e II relativamente à Consulta de RD na respectiva Unidade de Rastreio.

Por razões operacionais e de orientação formulou-se, com base no segundo objectivo específico, a Hipótese:

A **Qual_Sat_Geral** dos utentes dos ACES do Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD tem subjacente (é influenciada) o conjunto de aspectos relacionados com a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio medidos por meio da escala SERVPERF.

Modelo testado: $\text{Qual_Sat_Geral} = \text{PA6.1.1} + \text{PA6.1.2} + \text{PA6.1.3} + \text{PA6.1.4} + \text{PA6.1.5} + \text{PA6.2.1} + \text{PA6.2.2} + \text{PA6.2.3} + \text{PA6.3.1} + \text{PA6.3.2} + \text{PA6.3.3} + \text{PA6.3.4} + \text{PA6.3.5} + \text{PA6.3.6} + \text{PA6.4.1} + \text{PA6.4.2} + \text{PA6.5.1} + \text{PA6.5.2} + \text{PA6.6.1} + \text{PA6.6.2} + \text{PA6.7.1} + \text{PA6.7.2} + \text{PA6.7.3} + \text{PA6.7.4} + \text{PA6.7.5} + \text{PA6.7.8} + \text{PA6.7.9}$

Onde: $\text{Qual_Sat_Geral} = \text{PA7.1} = (\text{PA7.1.1}; \text{PA7.1.2}; \text{PA7.1.3})$

Tabela 8.27., 8.28. e 8.29. Modelo de Regressão assente em todas as Variáveis observáveis da Escala SERVPRF sobre a Variável Qual_Sat_Geral

Entered Variables ⁱ				
Model	Entered Variables	Method	R	R ²
1	A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,737 ^a	,543
2	A Técnica de Ortopédia que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,805 ^b	,648
3	Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopédia que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,822 ^c	,676
4	O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,830 ^d	,690
5	A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,836 ^e	,699
6	O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,839 ^f	,704
7	Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,842 ^g	,708
8	A Técnica de Ortopédia deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).	,844 ^h	,712

a. Predictors: (Constant), A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.

b. Predictors: (Constant), A Técnica de Ortopédia que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).

c. Predictors: (Constant), Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopédia que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde

d. Predictors: (Constant), O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.

e. Predictors: (Constant), A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.

f. Predictors: (Constant), O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.

g. Predictors: (Constant), Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.

h. Predictors: (Constant), A Técnica de Ortopédia deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.

i. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

ANOVAⁱ

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	101,140	1	101,140	408,678	,000 ^a
	Residual	85,133	344	,247		
	Total	186,273	345			
2	Regression	120,759	2	60,380	316,123	,000 ^b
	Residual	65,513	343	,191		
	Total	186,273	345			
3	Regression	125,927	3	41,976	237,889	,000 ^c
	Residual	60,346	342	,176		
	Total	186,273	345			
4	Regression	128,454	4	32,113	189,396	,000 ^d
	Residual	57,819	341	,170		
	Total	186,273	345			
5	Regression	130,144	5	26,029	157,669	,000 ^e
	Residual	56,129	340	,165		
	Total	186,273	345			
6	Regression	131,063	6	21,844	134,126	,000 ^f
	Residual	55,210	339	,163		
	Total	186,273	345			
7	Regression	131,930	7	18,847	117,227	,000 ^g
	Residual	54,342	338	,161		
	Total	186,273	345			
8	Regression	132,637	8	16,580	104,171	,000 ^h
	Residual	53,636	337	,159		
	Total	186,273	345			

a. Predictors: (Constant), A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.

b. Predictors: (Constant), A Técnica de Ortopática que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).

c. Predictors: (Constant), Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde

d. Predictors: (Constant), O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.

e. Predictors: (Constant), A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.

f. Predictors: (Constant), O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.

g. Predictors: (Constant), Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.

h. Predictors: (Constant), A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.

i. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
8(Constant)	,919	,209		4,394	,000
A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.	,144	,047	,166	3,086	,002
A Técnica de Ortopática que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	,206	,047	,225	4,411	,000
Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.	,136	,039	,171	3,478	,001
O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	,062	,016	,128	3,840	,000
A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	,083	,037	,097	2,261	,024
O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.	,078	,033	,102	2,328	,021
Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	,117	,049	,116	2,396	,017
A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.	,050	,024	,077	2,106	,036

a. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

Modelo Resultante: Qual_Sat_Geral = PA6.7.4 + PA6.4.2 + PA6.7.5 + PA6.3.4 + PA6.7.1 + PA6.7.8+ PA6.1.5 + PA6.2.2

Variáveis. Excluídas: PA6.1.1 + PA6.1.2 + PA6.1.3 + PA6.1.4 PA6.2.1 + PA6.2.3 + PA6.3.1 + PA6.3.2 + PA6.3.3 + PA6.3.4 + PA6.3.5 + PA6.3.6 + PA6.4.1+ PA6.5.1+ PA6.6.1 + PA6.6.2 + PA6.7.2+ PA6.7.3 + PA6.7.9

Equação de Regressão: Qual_Sat_Geral = 0.919 (constante) + 0.166 (Beta) PA6.7.4 + 0.225 PA6.4.2 + 0.171 PA6.7.5 + 0.128 PA6.3.4 + 0.097 PA6.7.1 + 0.102 PA6.7.8 + 0.116 PA6.1.5 + 0.077 PA6.2.2 + € (erro)

Observa-se que apenas oito das vinte e sete variáveis observáveis relacionadas com o funcionamento e qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD têm efeito sobre a variabilidade de Qual_Sat_Geral. Em termos concretos, pode dizer-se que de acordo com a percepção dos utentes o que mais influencia o seu grau de satisfação relativamente à Consulta de Rastreio da RD são o profissionalismo e a confiança transmitidos pela Técnica de Ortopática no acto da consulta (PA6.4.2), logo seguidos do facto de a chamada dos doentes para a consulta ter decorrido de forma organizada (PA6.7.4) e da articulação entre os técnicos do Centro de Saúde ser boa (PA6.7.5).

A dimensão do efeito global é determinada pelo coeficiente de determinação R^2 , que neste caso é de **0.712** ($0,844 \times 0,844$) (tabela 9.28.) (quadrado do coeficiente de correlação múltiplo R). Tal valor indica a percentagem da variação total da Qual_Sat_Geral que é explicada pelos oito aspectos observáveis do SERVPERF que contribuíram para equação de regressão. Quer isto dizer que **71.2%** da variabilidade da Qual_Sat_Geral é explicada pela combinação (ou devida à influência) dos efeitos relacionados com o profissionalismo e confiança percebida pelos utentes durante consulta (P6.4.2), com a organização da chamada dos utentes para a consulta (P6.7.4), com a articulação da Técnica de Ortopática com os outros Técnicos de Saúde do Centro de Saúde (P6.7.5), com a existência da capacidade tecnológica instalada no gabinete de Consulta (P6.3.4), com a conveniência do horário da Consulta de Rastreio (P6.7.8), com a precisão da chegada da convocatória aos utentes (P6.7.1), com o bom relacionamento durante a consulta (P6.1.5) e com o facto de a Técnica de Ortopática ter dado aos utentes uma boa explicação sobre o estado de saúde da sua visão no final da consulta (P6.2.2).

É de salientar, que todas as variáveis apresentaram efeito positivo na satisfação geral dos utentes. Mais concretamente, pode afirmar-se que a Qual_Sat_Geral do utente para com a Consulta de Rastreio da RD é fundamentalmente influenciada de forma positiva pelas oito variáveis observáveis (percepção dos utentes) que integraram o Modelo de Regressão. Aparentemente, as variáveis que não entraram na Análise de Regressão em nada contribuem para explicar a variabilidade da Satisfação Geral do utente para com a Consulta de Rastreio e, por essa razão, foram excluídas do modelo. O termo ϵ (erro) corresponde ao resto, à componente não explicada pelas variáveis que entraram no modelo de regressão (28.8%).

O valor de **0.919** (tabela 8.29.) é o da constante que tem que ser acrescentada aos efeitos das variáveis para que se compreenda o efeito total da regressão. O contributo da cada dimensão corresponde ao valor β de cada variável que entra no modelo. Os valores β indicam o peso da influência do respectivo aspecto na variável Qual_Sat_Geral.

Pode assim afirmar-se que a Hipótese é apenas parcialmente confirmada, uma vez que a avaliação que os utentes fazem de um conjunto de aspectos relacionados com o funcionamento e com a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio só influencia de forma parcial a sua satisfação global com o contexto da consulta. Contudo, deve referir-se também que os aspectos observáveis que entraram na Análise de Regressão explicam uma percentagem significativa (71,2%) da variabilidade de Qual_Sat_Geral e, por conseguinte, pouco fica por ser explicado pelas restantes variáveis.

Tal como na Análise de Regressão baseada nos Factores, efectuada anteriormente, verificaram-se igualmente nesta observação os pressupostos e as condições que se constituem indicadores da fiabilidade dos seus resultados. Em relação à multicolinearidade, tal como para a análise já realizada os resultados da regressão não são afectados como se pode ver na tabela seguinte:

Tabela 8.30. Modelo de Regressão assente em todas as Variáveis observáveis da Escala SERVPRF sobre a Variável Qual_Sat_Geral - Colinearidade

Collinearity Statistics^a

Model	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
8 (Constant)		
A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.	,294	3,397
A Técnica de Ortopática que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	,327	3,057
Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.	,353	2,834
O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	,772	1,295
A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	,465	2,152
O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.	,446	2,243
Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	,364	2,746
A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.	,639	1,565

a. Dependent Variable: Qual_Sat_Geral

Importa agora analisar comparativamente os resultados das duas regressões. Em primeiro lugar constata-se que o poder explicativo da regressão efectuada com os factores resultantes da análise factorial (68.1%) é inferior ao observado na regressão efectuada com todas as variáveis observáveis (71.2%). Isto significa que, em termos quantitativos, a Análise de Regressão efectuada com os factores extraídos da Análise Factorial fornece uma explicação menor sobre o nível de satisfação geral dos utentes dos ACES Alentejo Central I e II que se submeteram à Consulta de Rastreio da RD e, como tal, tem menor poder explicativo do que a Análise de Regressão efectuada com todas as variáveis observáveis.

Tal constitui que são estas as variáveis com maior nível de concordância por parte dos doentes diabéticos consultados que constituíram a amostra do estudo. Contudo, se se tomar em consideração a composição dos factores resultantes da Análise Factorial que entraram na Análise de Regressão, verifica-se que grande parte dos quesitos observáveis está presente nos dois modelos de Análise de Regressão resultantes (à excepção da variável **PA6.2.2** A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o

estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio, só presente no modelo assente em todas as variáveis observáveis da Escala pós-análise factorial).

Respondendo directamente à segunda questão orientadora pode-se afirmar, de acordo com o analisado, que os factores subjacentes (ou os factores que mais influenciaram) à satisfação dos utentes diabéticos inquiridos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio são, por ordem decrescente de influência, a Organização dos Serviços relativamente ao processamento da Consulta de Rastreio ($\text{Beta}=0.503$), o Profissionalismo e a Confiança transmitidos pela Técnica de Ortopia que realizou a Consulta de Rastreio ($\text{Beta}=0.319$) e a Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade (condições físicas/acesso do Centro de Saúde e do gabinete da consulta e capacidade tecnológica com que este ultimo está equipado) ($\text{Beta}=0.112$).

Sublinha-se apenas que a percentagem de *outliers* severos (superior a 3 DP) é inferior a 5% dos casos, não havendo necessidade da sua eliminação prévia à análise de regressão múltipla.

Nota: chama-se a atenção para o facto de que estes resultados embora não coincidentes com os do Teste de *Friedman* não representam a existência de qualquer contradição. Aqui as dimensões foram avaliadas em função da percepção dos utentes em termos de Qual_Sat_Geral com a Consulta e no caso do teste de *Friedman* a avaliação é baseada no valor atribuído a cada factor, os resultados dizem apenas respeito a uma hierarquia de importância relativa entre eles. Isto significa que os utentes podem ter mostrado um determinado nível de concordância relativo aos cinco factores mas, os mesmos factores quando avaliados pela regressão são avaliadas com base no “critério” Qual_Sat_geral. A partir do momento em que a regressão é significativa e fiável, os seus resultados também o são. (O mesmo acontece se assumirmos de base todas as variáveis observáveis.)

8.2.3. Análise da Influência das Variáveis Demográficas e das Características Biográficas dos Uteses Inquiridos no seu Grau de Satisfação relativamente à Consulta de Rastreio

O ponto 8.2.3. tem como intuito responder à terceira questão orientadora:

3. Que influência têm as variáveis demográficas e as características biográficas dos utentes inquiridos sobre o seu nível de satisfação quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II?

Analisando esta questão, seleccionaram-se quatro variáveis inerentes ao questionário capazes de a cumprir: Idade, Sexo, Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou e Centro de Saúde de origem do inquirido. As três primeiras são características biográficas e a última é uma variável demográfica, escolhida com base na natureza da acção em estudo.

8.2.3.1. Idade

Com a finalidade de verificar se a idade dos utentes estaria associada às suas percepções relativamente à qualidade das Consultas de Rastreio da RD e a todos os aspectos com elas relacionados, constantes do instrumento SERVPERF, efectuaram-se as seguintes análises:

1 – Estudar a diferença entre os cinco factores resultantes da Análise Factorial a que foram submetidos os dados recolhidos, tendo como variável discriminante a idade previamente agrupada em quatro grupos etários (análise descritiva).

Tabela 8.31. Estatísticas de Teste – Kruskal Wallis Test

Test Statistics ^{a,b}					
	Profissionalismo_ Confiança	Organização_ Serviços	Tangibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_ Segurança
Chi-square	,686	2,195	1,325	2,741	2,232
Df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,877	,533	,723	,433	,526

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupos_etários

Como se pode constatar, não existem diferenças significativas entre os cinco factores quando é usado o grupo etário como variável discriminante. Isto pode significar que a idade, pelo menos agrupada nas classes etárias pré-definidas, não tem qualquer influência na percepção dos utentes relativamente a esses factores.

2 – Aprofundar e, de certa forma, confirmar (ou infirmar) a leitura anterior. Para tal procedeu-se à correlação entre o grupo etário e dois índices criados a partir dos dados recolhidos pelo instrumento baseado na escala SERVPERF. Um dos índices foi construído com base em todas as variáveis observáveis (perguntas efectuadas aos

utentes) e o outro com base nos três indicadores de natureza global que mediam a satisfação dos utentes com as consultas, assim como a sua percepção sobre a qualidade das mesmas. Tanto num caso como noutro, verificou-se não existir correlação significativa com o grupo etário (Tabelas 8.32. e 8.33.). Estes resultados vêm pois confirmar a ausência de qualquer influência da idade (enquanto organizada em quatro grupos etários) nas percepções dos utentes sobre a forma como decorreram as Consultas de Rastreio da RD e sobre todos os aspectos considerados pelo instrumento.

Tabelas 8.32 Correlações *Spearman's rho* – Grupos_etários/Total_Variáveis

Correlations			Grupos_etarios	Total_Variáveis
Spearman's rho	Grupos_etarios	Correlation Coefficient	1,000	-,046
		Sig. (2-tailed)	.	,397
		N	357	346
	Total_Variáveis	Correlation Coefficient	-,046	1,000
		Sig. (2-tailed)	,397	.
		N	346	346

Tabelas 8.33. Correlações *Spearman's rho* – Grupos_etários/Qual_Sat_Geral

Correlations			Grupos_etarios	Qual_Sat_Geral
Spearman's rho	Grupos_etarios	Correlation Coefficient	1,000	-,036
		Sig. (2-tailed)	.	,500
		N	357	357
	Qual_Sat_Geral	Correlation Coefficient	-,036	1,000
		Sig. (2-tailed)	,500	.
		N	357	357

3 – Examinar a correlação dos mesmos indicadores com a idade na forma de variável intervalar contínua. Tal decidiu-se uma vez que, com alguma frequência, através da transformação do indicador idade (enquanto variável intervalar e contínua) em grupos etários se perde alguma informação. Verifica-se pelos resultados apresentados nas tabelas 8.34 e 8.35 que o resultado é similar. Assim sendo, pode-se afirmar, com certa segurança, que a idade dos utentes não tem qualquer influência significativa na percepção que estes têm acerca da qualidade das Consultas de Rastreio de RD.

Tabelas 8.34. Correlações de *Pearson* – Idade/Total_variáveis

Correlations		Total_Variáveis	Idade (anos)
Total_Variáveis	Pearson Correlation	1	,005
	Sig. (2-tailed)		,923
	N	346	346
Idade (anos)	Pearson Correlation	,005	1
	Sig. (2-tailed)	,923	
	N	346	357

Tabelas 8.35. Correlações de *Pearson* – Idade/Qual_Sat_Geral

Correlations		Idade (anos)	Qual_Sat_Geral
Idade (anos)	Pearson Correlation	1	,009
	Sig. (2-tailed)		,871
	N	357	357
Qual_Sat_Geral	Pearson Correlation	,009	1
	Sig. (2-tailed)	,871	
	N	357	357

8.2.3.2. Sexo

Assumindo como objectivo verificar se o sexo dos utentes inquiridos estaria associado às suas percepções relativamente à qualidade da Consulta de Rastreio da RD e a todos os aspectos que a ela se associam e que constam do instrumento construído com base na Escala SERVPERF, efectuaram-se as seguintes análises:

1 – Estudar a diferença entre os cinco factores resultantes da Análise Factorial a que foram submetidos os dados recolhidos, tendo como variável discriminante o sexo. Constata-se pela tabela 8.36., a não existência de diferença significativa entre quatro dos cinco factores quando é usado o sexo como a variável discriminante. Tal pode querer significar que a variável em causa não tem qualquer influência na percepção dos utentes relativamente a essas dimensões pós-factoriais. É excepção o factor Capacidade de Resposta_Credibilidade, cujo resultado mostra poder haver alguma influência por parte da variável sexo ($p=0.047$).

Tabela 8.36. Estatísticas de Teste Sexo/Dimensões – Mann Whitney e Wilcoxon

Test Statistics ^a					
	Profissionalismo_ Confiança	Organização_ Serviços	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_ Segurança
Mann-Whitney U	15168,000	15271,000	15182,500	13961,500	15492,500
Wilcoxon W	32373,000	29467,000	29547,500	31352,500	32883,500
Z	-,612	-,019	-,469	-1,991	-,444
Asymp. Sig. (2-tailed)	,541	,985	,639	,047	,657

a. Grouping Variable: Sexo

2 – Aprofundar e, de algum modo, confirmar (ou infirmar) a leitura anterior. Com esse objectivo, procedeu-se ao estudo da diferença entre homens e mulheres no que diz respeito não só à sua satisfação geral com a Consulta de Rastreio e percepção da qualidade geral da mesma, como ainda à sua percepção global sobre a organização e funcionamento desta. Um dos índices foi construído com base em todas as variáveis observáveis (perguntas efectuadas aos utentes) e o outro com base nos três indicadores de natureza global que mediam a satisfação dos diabéticos inquiridos e a sua percepção sobre a qualidade das consultas. Tanto num caso como noutro, verificou-se não existir correlação significativa entre o sexo e os dois indicadores supra-referidos (tabelas 8.37. e 8.38.). Estes resultados vêm confirmar a ausência de qualquer influência do sexo nas percepções dos utentes inquiridos sobre a forma como decorreu a Consulta de Rastreio e sobre todos os outros aspectos considerados pelo instrumento. Isto é, mulheres e homens têm a mesma opinião sobre a qualidade e funcionamento das Consultas de Rastreio de Retinopatia Diabética da Unidade de Rastreio dos ACES Alentejo Central I e II.

Tabelas 8.37. e 8.38. Estatísticas de Teste Sexo – Mann-Whytney e Wilcoxon

Test Statistics ^a	
	Total_Variáveis
Mann-Whitney U	14502,500
Wilcoxon W	30792,500
Z	-,471
Asymp. Sig. (2-tailed)	,638

a. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics ^a	
	Qual_Sat_Geral
Mann-Whitney U	15303,000
Wilcoxon W	30009,000
Z	-,689
Asymp. Sig. (2-tailed)	,491

a. Grouping Variable: Sexo

8.2.3.3. Grau de Ensino que está a frequentar ou frequentou

Tendo em vista analisar se o nível de escolaridade estaria associado às percepções dos indivíduos quanto aos diversos aspectos relacionados com a Consulta de Rastreio da RD, estudou-se à partida a diferença entre os cinco factores com apoio do Teste não-paramétrico *Kruskal-Wallis* usando como indicador discriminante o nível de escolaridade. Através da tabela que se segue verifica-se que os cinco factores não são significativamente separados pela variável nível de escolaridade, isto é, o nível de escolaridade não discrimina qualquer um dos cinco.

Tabela 8.39. Estatísticas de Teste Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou/Dimensões – *Kruskal-Wallis*

Test Statistics ^{a,b}					
	Profissionalismo_ Confiança	Organização _Serviços	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_Segurança
Chi-square	5,806	8,266	3,321	9,683	6,605
Df	7	7	7	7	7
Asymp. Sig.	,563	,310	,854	,207	,471

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou

Por outro lado, e em consonância com este resultado, o nível de escolaridade não está significativamente associado quer com a percepção dos utentes inquiridos relativamente à satisfação geral com a consulta quer com o índice construído a partir de todas as variáveis observáveis (questões) (tabelas 8.40. e 8.41.).

Tabelas 8.40. Correlações de *Spearman's rho* – Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou/Qual_Sat_Geral

Correlations			Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Qual_Sat_Geral
Spearman's rho	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Correlation Coefficient	1,000	,071
		Sig. (2-tailed)	.	,181
		N	357	357
	Qual_Sat_Geral	Correlation Coefficient	,071	1,000
		Sig. (2-tailed)	,181	.
		N	357	357

Tabelas 8.41. Correlações de *Spearman's rho* – Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou/Total_Variáveis

Correlations			Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Total_Variáveis
Spearman's rho	Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou	Correlation Coefficient	1,000	,052
		Sig. (2-tailed)	.	,338
		N	357	346
	Total_Variáveis	Correlation Coefficient	,052	1,000
		Sig. (2-tailed)	,338	.
		N	346	346

Em resumo, o nível de escolaridade não tem qualquer efeito nem está associado à percepção dos inquiridos sobre a forma como decorreram as consultas. Tal significa que, uma vez que a média e a mediana dos dois índices apontam para valores próximos do extremo superior da escala (tabela 8.42.), existe uma certa unanimidade acerca da qualidade das consultas.

Tabelas 8.42. Estatísticas (média e mediana)

Statistics		Total_Variáveis	Qual_Sat_Geral
N	Valid	346	357
	Missing	12	1
Mean		6,0884	6,4883
Median		6,1481	7,0000

8.2.3.4. Centro de Saúde de Origem (variável demográfica)

Neste ponto pretendeu-se estudar se o Centro de Saúde de origem estaria relacionado com as percepções dos indivíduos quanto aos diferentes aspectos relacionados com a Consulta de Rastreio da RD. Recorrendo novamente ao Teste Não-Paramétrico *Kruskal-Wallis*, estudou-se inicialmente a diferença entre os cinco factores tendo como indicador discriminante o “Centro de Saúde de Origem”. Observando a tabela relativa às médias das classificações (Mean Rank) constata-se que os cinco factores apresentam diferenças significativas de Centro de Saúde para Centro de Saúde. Por meio da tabela seguinte verifica-se que os cinco factores são isolados de forma significativa pela variável Centro de Saúde de origem (CSaude_Recode), nomeadamente os factores Tangibilidade e Garantia/Segurança. É de referir que neste processo foi atribuído um código numérico a cada Centro de Saúde (1 a 14).

Tabela 8.43. Estatísticas de Teste Centro de Saúde/Dimensões – *Kruskal-Wallis*

Test Statistics ^{a,b}					
	Profissionalismo_ Confiança	Organização _Serviços	Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade	CResposta_ Credibilidade	Garantia_ Segurança
Chi-square	35,718	31,445	151,845	36,364	58,849
Df	13	13	13	13	13
Asymp. Sig.	,001	,003	,000	,001	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: CSaude_Recode

Dada a dificuldade de através do Teste *Kruskal-Wallis* se perceber que factores apresentam um nível de concordância mais significativo por parte dos utentes inquiridos nos diversos Centros de Saúde, avançou-se para o cálculo das médias e medianas. Esta via mostra de forma mais clara o valor atribuído pelos utentes inquiridos de cada Centro de Saúde a cada factor. A tabela seguinte evidencia os resultados, organizando-se do factor com menor nível de concordância para o factor com maior nível de concordância com base na média.

Tabela 8.44. Valor atribuído aos factores pelos inquiridos por Centro de Saúde

		FACTORES				
		Menor nível de concordância ➔ Maior nível de concordância				
Centros de Saúde	Alandroal	Garantia/Segurança	A.Física/Tec./Aces.	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.
	Arraiolos	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	Profissionalismo/Conf.	Organização Serv.	C.Resposta/Credibil.
	Borba	A.Física/Tec./Aces.	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Garantia/Segurança	Profissionalismo/Conf.
	Estremoz	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.
	Évora	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	Organização Serv.	C.Resposta/Credibil.	Profissionalismo/Conf.
	Mont. -o-Novo	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.
	Mora	A.Física/Tec./Aces.	Profissionalismo/Conf.	C.Resposta/Credibil.	Garantia/Segurança	Organização Serv.
	Mourão	A.Física/Tec./Aces.	Organização Serv.	Garantia/Segurança	C.Resposta/Credibil.	Profissionalismo/Conf.
	Portel	A.Física/Tec./Aces.	C.Resposta/Credibil.	Garantia/Segurança	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.
	Redondo	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.
	R. de Monsaraz	A.Física/Tec./Aces.	Garantia/Segurança	C.Resposta/Credibil.	Profissionalismo/Conf.	Organização Serv.
	Vendas Novas	A.Física/Tec./Aces.	C.Resposta/Credibil.	Organização Serv.	Garantia/Segurança	Profissionalismo/Conf.
	V. do Alentejo	Garantia/Segurança	A.Física/Tec./Aces.	Organização Serv.	C.Resposta/Credibil.	Profissionalismo/Conf.
	Vila Viçosa	A.Física/Tec./Aces.	C.Resposta/Credibil.	Garantia/Segurança	Organização Serv.	Profissionalismo/Conf.

Fonte: Elaboração própria.

À excepção do Centro de Saúde do Alandroal e do Centro de Saúde de Viana do Alentejo (classifica-se como a 2ª com menor nível de concordância), todos os Centros de Saúde apresentam o factor Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade como aquele que revela menor nível de concordância pelos utentes diabéticos inquiridos. O seus valores variam de uma média de 2.53 (mediana de 2.50) para o Centro de Saúde de Vila Viçosa (valor próximo do extremo inferior da escala) a uma média de 6.23 para o Centro de Saúde de Alandroal (mediana de 6.00). Sublinha-se o facto da média e da mediana deste factor oscilarem entre valores próximos da extremidade inferior da escala e da extremidade superior da mesma.

O factor Garantia e Segurança encontra-se no 2º lugar de menor nível de concordância em 6 dos 14 Centros de Saúde., sendo o factor com menor nível de concordância para os inquiridos dos Centros de Saúde de Alandroal e Viana do Alentejo. Quanto ao factor Capacidade de Resposta e Credibilidade, este encontra-se distribuído pelos 1º (1 Centro de Saúde), 2º (3 Centros de Saúde), 3º (6 Centros de Saúde) e 4º (4 Centros de Saúde) lugares de maior nível de concordância. O factor Organização dos Serviços divide-se da mesma forma pelos 1º (2 Centros de Saúde – Centros de Saúde de Mora e de Reguengos de Monsaraz), 2º (7 Centros de Saúde) e 3º (4 Centros de Saúde) lugares de maior nível de concordância, ocupando o 2º lugar de menor nível de concordância apenas para o Centro de Saúde de Mourão.

A categoria “maior nível de concordância” é integralmente constituída, à excepção do que respeita aos utentes diabéticos inquiridos dos Centros de Saúde de Mora,

Reguengos de Monsaraz e Arraiolos, pelo factor Profissionalismo e Confiança. A média do factor varia de 5.88 para o Centro de Saúde de Portel (mediana de 5.75) a 6.75 para o Centro de Saúde de Borba (mediana de 6.93). Tanto um como outro são valores próximos do limiar superior da escala (7.00). Para os Centros de Saúde de Vendas Novas e Vila Viçosa, à excepção do factor Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade, todos os factores apresentam medianas de 7.00.

Para responder à questão orientadora que se prende com o terceiro objectivo específico importa recordar as análises dirigidas às características biográficas (idade, sexo e grau de ensino que está a frequentar ou frequentou), podendo assim afirmar-se, mediante os resultados, que nenhuma das variáveis consideradas influencia o nível de satisfação dos diabéticos inquiridos quanto à Consulta de Rastreio da RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II. Pelo contrário e segundo o que acabou de se observar, a variável demográfica em causa influencia o nível de concordância dos utentes pertencentes à amostra no que concerne aos factores (e quesitos pertencentes) pós-análise factorial inerentes à escala SERVPERF. Isto é, o Centro de Saúde de onde é originário o inquirido interfere com o de concordância deste para com cada um dos factores e consequentemente com seu grau satisfação com a Consulta de Rastreio de RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II.

9. CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

“Ao nível das políticas de saúde os principais condicionalismos que hoje se colocam prendem-se, entre outros, com: i) as alterações demográficas e envelhecimento da população; ii) a crescente complexidade dos cuidados de saúde; iii) o desenvolvimento tecnológico; iv) o aumento das expectativas dos doentes e; v) os problemas associados ao financiamento, que condicionam, não só o presente, mas sobretudo a sustentabilidade no futuro” (Sousa, 2010).

A qualidade em saúde, igualmente interceptada pelos agentes suprarreferidos, assume numa tentativa de melhoria contínua e de efectividade dos cuidados prestados, um papel primordial quer do ponto de vista do utente, quer da dimensão organizacional das estruturas prestadoras. Contudo, ao ser moldada por aspectos culturais, sociais, técnicos e políticos, a qualidade em saúde e/ou a avaliação da mesma devem estender-se a aspectos como a tangibilidade da organização, a fiabilidade da intervenção/intervenientes, a capacidade de resposta do serviço (s), a garantia dos actos clínicos/técnicos e o envolvimento empático dos prestadores directos e/ou indirectos dos cuidados.

Nesta lógica de pensamento, ao querer-se estudar a qualidade organizacional no contexto de uma intervenção comunitária em saúde de nível secundário (rastreio), delimitou-se uma abordagem no campo da avaliação das verbalizações expressas pelos utentes acerca da estrutura, dos processos e dos resultados dos cuidados que lhes foram prestados na Unidade de Rastreio do DSTRD dos ACES do Alentejo Central I e II.

Com este capítulo pretendem-se apresentar as conclusões do estudo da qualidade organizacional da unidade de rastreio em questão percebida pelos utentes diabéticos que realizaram a respectiva consulta, efectuada no contexto dos CSP.

9.1. O MODELO DE ANÁLISE

Passando o objectivo geral por descrever e examinar a qualidade organizacional da unidade de rastreio do DSTRD dos ACES do Alentejo Central I e II procurou-se, no estudo realizado, efectivá-lo sob a perspectiva dos utentes que realizaram consulta de rastreio, tentando compreender o seu nível de concordância e a satisfação face ao serviço prestado, aspectos assumidos como indicadores de qualidade. Para tal adoptou-se, em detrimento da aplicação das medidas de avaliação baseadas na discrepância entre expectativas e percepções dos utentes (SERVQUAL (PZB, 1985)), um método assente no paradigma da performance - SERVPERF (Cronin e Taylor

(1992)). Seguiram-se de perto as linhas orientadoras do SERVPERF e do modelo HQual de Silva *et al.* (2009) (aplicado no “Estudo da Qualidade Percebida e da Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do HESE E.P.E.”). Apesar das críticas dirigidas à validade (nomeadamente a discriminante) (Leal, Equeijo e Pereira, 2009) do modelo SERVPERF e do seu original SERVQUAL na medição da qualidade dos serviços, a sua operatividade e ampla aplicação demonstradas (em várias áreas) conduziram, na tentativa de aferir os atributos da qualidade e da satisfação dos utentes da unidade de rastreio, a uma aproximação aos seus pressupostos e dimensões. Além disso, defende Browsers (2000 – cit. Miranda, 2010) a aplicação do SERVPERF em sectores específicos como o da saúde e Cronin e Taylor (1994) a consistência da sua validade como superior à do SERVQUAL.

Desta combinação resultou e foi aplicado um modelo proposto com 27 atributos principais (mais 2 “caso se aplique”) (5 dimensões do SERVPERF) (grelha A), 1 atributo particular do serviço em questão e 3 atributos gerais (grelha B) (apêndice IV).

9.1.1. Pré-Teste

Em contexto de pré-teste (n=15), a consistência interna geral do modelo revelou-se desde logo “Muito Boa” (0.910) (*Alpha de Cronbach*), assim como a de cada uma das dimensões consideradas, à excepção da dimensão Capacidade de Resposta/Sensibilidade/Receptividade (*Responsiveness*) (0.318) (Tangibilidade - 0.855; Fiabilidade/Credibilidade - 0.876; Garantia/Segurança - 0.953; Empatia - 0.930), segundo Nunnally (1978). Esta última apresenta-se na categoria “Inadmissível” de acordo com os aspectos teóricos considerados. Os motivos subjacentes a um valor tão baixo são dois: o número de questionários considerados no pré-teste e o número de variáveis que constituem a dimensão. Se o número de casos assumidos no pré-teste fosse superior, pelo menos o dobro (n=30), não se verificaria uma consistência interna tão baixa desta dimensão. Quanto aos três quesitos, nem no modelo original SERVQUAL/SERVPERF nem nos estudos analisados (Lopes, 2008; Silva *et al.*, 2009; Miranda, 2010) se observaram dimensões com um número tão baixo de variáveis (mínimo 4). Contudo, a adopção desta estrutura justifica-se com o simples facto da análise incidir sobre um equipamento de intervenção em saúde muito particular, onde só desempenha funções directamente um profissional – Técnica de Ortopia. Não querendo recair sob uma perspectiva reducionista da acção, evitaram-se redundâncias e questões análogas dada a baixa literacia, previamente conhecida, da população. No que respeita às validades, a convergente mostrou-se razoável (à excepção da

dimensão tangibilidade), mas a discriminante ausente. Pelo exposto, não foi possível validar o modelo inicial com os resultados concernentes ao pré-teste.

Assim sendo, pode-se afirmar que neste âmbito o projecto não foi conduzido devidamente, uma vez que as análises dirigidas ao pré-teste, enquanto reveladoras de lacunas (fiabilidade da dimensão “Capacidade de Resposta” inadmissível; ausência de validade discriminante), deveriam ter servido para reformular/optimizar o instrumento final, o que não aconteceu. No entanto, ao ter-se o número final de questionários (n=357) estes *handicaps* dissiparam-se e o estudo pode validar-se.

9.1.2. Estudo Final

Esmiunçando. Após aplicação da **Análise Factorial** sobre este modelo de 27 atributos (assim como no pré-teste não se incluíram os aspectos particular, gerais e as questões com informação “caso se aplique”) extraíram-se 5 factores (Análise dos Componentes Principais), o que vai de encontro a uma estrutura próxima do SERVQUAL/SERVPERF. Observaram-se apenas ajustes na combinação inicial das variáveis. Aos cinco novos factores foram dadas as denominações seguintes:

Factor 1. “Profissionalismo e Confiança”;

Factor 2. “Organização do Serviço”;

Factor 3. “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”;

Factor 4. “Capacidade de Resposta/Credibilidade”;

Factor 5. “Garantia e Segurança”

As fiabilidades expressas pelos *Alpha de Cronbach* – pós análise factorial (geral e dimensões) apresentam valores inseridos na categoria “Muito Boa” (Nunnally 1978), à semelhança do que acontece em outros estudos desenvolvidos sobre a temática (Salomi *et al.*, 2005). Os respectivos coeficientes reflectem também que os factores com maior nível de concordância correspondem a “Profissionalismo e Confiança” (0.960) e “Organização dos Serviços” (0.937), sendo estas as que melhor explicam a percepção dos utentes quanto à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio. No pré-teste os dois aspectos mais enaltecidos pelos inquiridos foram “Garantia/Segurança” (0.953) e “Empatia” (0.930), o que comparando permite afirmar, para as duas dimensões mais valorizadas em ambos os momentos, a existência de oito atributos comuns em dezoito totais. No respeitante às validades, o instrumento apresentou validade convergente e validade discriminante razoáveis, quer quando se considerou o total das variáveis quer quando a abordagem se realizou factor a factor. Perante um modelo fiável e com validade, a sua validação foi possível.

Ainda assim, não se pode afirmar que os resultados da Análise Factorial realizada sobre os dados da presente tese confirmem os resultados obtidos em outros estudos, uma vez que as variáveis que compõem as dimensões são diferentes, e consequentemente a sua nomeação. Os desvios verificados podem, certamente, ser explicados por diversos motivos, um dos quais a adaptação do modelo a este tipo de serviço. O contexto em que foi utilizado o instrumento difere certamente de forma significativa de outros teores em que este já foi aplicado, embora se deva ressaltar que a sua fiabilidade, medida pelo coeficiente estatístico *Alpha* de *Cronbach*, foi elevada ($\alpha=0,936$). Sugere-se a sua aplicação em outras organizações de saúde e o aprofundamento neste contexto.

Em segunda instância, aplicou-se a **Análise de Regressão Múltipla** aos factores resultantes da análise factorial e a todas as variáveis observáveis, revelando-se o poder explicativo da segunda análise superior. Por meio deste conjunto de técnicas estatísticas, constatou-se que 71.2% da variabilidade da Qual_Sat_Geral dos utentes (três aspectos globais) é explicada pela combinação de apenas 8 (variáveis preditivas) das 27 variáveis consideradas: profissionalismo e confiança percebida pelos utentes durante consulta (P6.4.2), com a organização da chamada dos utentes para a consulta (P6.7.4), com a articulação da Técnica de Ortopática com os outros Técnicos de Saúde do Centro de Saúde (P6.7.5), com a existência da capacidade tecnológica instalada no gabinete de Consulta (P6.3.4), com a conveniência do horário da Consulta de Rastreio (P6.7.8), com a precisão da chegada da convocatória aos utentes (P6.7.1), com o bom relacionamento durante a consulta (P6.1.5) e com o facto de a Técnica de Ortopática ter dado aos utentes uma boa explicação sobre o estado de saúde da sua visão no final da consulta (P6.2.2). Sublinha-se, novamente, que à excepção da variável P6.2.2 todas as outras são inerentes aos factores subjacentes à Qual_Sat_Geral resultantes da primeira análise de regressão realizada: Organização dos Serviços; Profissionalismo e Confiança; Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade.

Em termos práticos, quando um utente que se submete à Consulta de Rastreio da RD dos ACES Alentejo Central I e II verifica que as consultas estão bem organizadas, que existe capacidade tecnológica no Centro de Saúde/Gabinete de Consulta, que o desempenho da Técnica de Ortopática é bom, assim como a sua articulação com os demais profissionais e que é bem informado sobre o seu estado de saúde, o seu grau de Satisfação Geral para com a Consulta de Rastreio aumenta.

Os atributos referidos são preditivos da variabilidade da satisfação global dos utentes que realizaram Consulta de Rastreio e consequentemente da estrutura percebida da qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II pelos utentes.

9.2. NÍVEL DE CONCORDÂNCIA DOS UTENTES INQUIRIDOS PARA COM OS PRINCIPAIS ATRIBUTOS DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE DE RASTREIO DA RD DOS ACES DO ALENTEJO CENTRAL I E II

Fixando os indicadores-chave EUROPEP considerados no estudo da monitorização da satisfação dos utilizadores das primeiras 146 USF's portuguesas ("relação e comunicação"; "cuidados médicos"; "informação e apoio"; "continuidade e cooperação"; "organização dos serviços") (Ferreira e Antunes, 2009), pode-se afirmar que actualmente a qualidade ao nível dos CSP pode ser percebida através da avaliação destes aspectos, mas que é necessário adequar variáveis à especificidade da acção a avaliar. As singularidades do contexto em estudo (Ortótica – CSP – Intervenção Comunitária/Prevenção Secundária) devem ser tidas em conta sobretudo porque é com bases nelas que se devem tentar compreender e reconhecer as oportunidades de melhoria. Sendo impossível envolver todos os quesitos, tentaram-se identificar os pontos de maior e menor concordância dos utentes inquiridos sobre o serviço oferecido pela Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo I e II, na perspectiva dos utentes. Por meio da aplicação das medidas de tendência central (análise das médias dos atributos) e do teste de *Friedman* para as dimensões pós-análise factorial aferiram-se os pontos fortes e fracos hierarquicamente.

Os resultados obtidos sugerem o seguinte:

Tabela 9.1. Principais atributos da Qualidade do Serviço da Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II

UNIDADE DE RASTREIO DA RD DOS ACES DO ALENTEJO CENTRAL I E II	
5 Principais Atributos com Maior Nível de Concordância	5 Principais Atributos Menor Nível de Concordância
PA6.1.2 Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.)	PA6.3.1 O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais).
PA6.1.5 Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio	PA6.3.2 O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio está bem localizado (de fácil acesso).
PA6.1.4 O atendimento foi personalizado	PA6.3.6 O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este Rastreio.
PA6.1.3 Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio.	PA6.3.5 As instalações da sala de espera destinada aos utentes da Consulta de Rastreio apresentam boas condições.
PA6.4.2 A Técnica de Ortóptica que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	PA6.3.3 O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)

Fonte: Elaboração própria.

A tabela anterior mostra, assim como os resultados do Teste de *Friedman* que evidenciam o factor "Profissionalismo e Confiança" como o que apresenta o maior nível de concordância por parte dos utentes inquiridos, que os atributos relacionados com o contacto com a profissional (interacção e comunicação) são os melhor

classificados, designadamente no que se refere à sua aparência e ao seu relacionamento com o utente durante a consulta, à personalização que incutiu no atendimento, à privacidade que promoveu ao doente durante a acção e à forma exemplar como desempenhou o seu trabalho (tabela 8.12. Estatísticas).

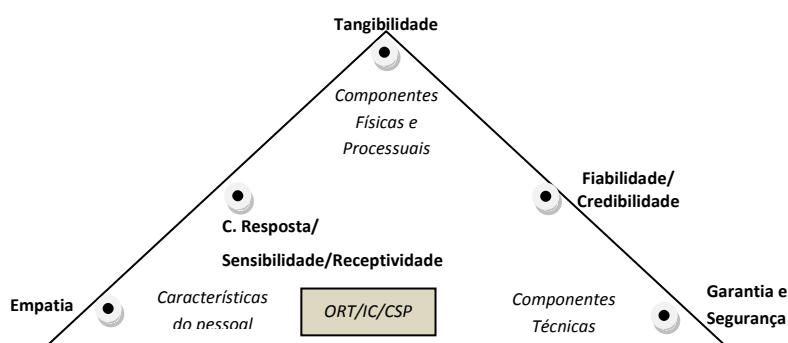
Três dos quesitos com maior nível de concordância (PA6.1.5, PA6.1.4 e PA6.1.3) estão relacionados com a dimensão original do SERVPERF “Empatia”. Este facto segue de perto os estudos realizados sobre avaliação da qualidade segundo as dimensões do SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992, 1994) e SERVQUAL (PZB, 1991), cuja relevância recai igualmente sobre o mesmo quesito. Também o aspecto que apresenta maior nível de concordância no estudo de Miranda (2010) tem cabimento na subescala referida. Na presente tese e na hierarquia em questão, a “melhor variável” (PA6.1.2 – média 6.59) relaciona-se com a dimensão original “Tangibilidade”, designadamente com aparência física do profissional. O elevado nível de concordância para com o quesito relacionado com a aparência física (neste caso específico da profissional) vai de encontro aos resultados dos modelos aplicados por Silva *et al.* (2009) e Gupta (2008), em contexto hospitalar. Decorre da tese de Miranda (2010) a mesma noção, de que o aspecto “Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.)” apresenta uma elevada concordância por parte dos utentes no âmbito dos serviços de saúde. Quanto ao quesito com menor nível de concordância (PA6.4.2 – média 6.51) dos cinco com maior nível de concordância, este está subjacente à dimensão original “Garantia e Segurança” do SERVPERF, que compreende igualmente a interacção com os utentes (habilidade do profissional para lhe transmitir segurança e confiança; profissionalismo) (Cronin e Taylor, 1992, 1994). Sendo analogamente dos aspectos com maior nível de concordância no estudo de Miranda (2010), a autora corrobora outros autores (como Parra *et al.*, 2004 – cit. Miranda, 2010) dizendo que se trata dos mais enaltecidos pelos utentes actualmente, em questões de *patient safety* (segurança do paciente – representa a base da qualidade de qualquer tipo de prestação de cuidados (Serranheira *et al.*, 2007 – cit. Miranda, 2010)).

Os atributos com menor nível de concordância devem ser encarados como pontos fracos do serviço em estudo, mas sobretudo como oportunidades de melhoria. Todos as variáveis incluídas nesta coluna pertencem à dimensão original “Tangibilidade”, assim como ao factor “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”. Os resultados alcançados nesta vertente não vão de encontro aos dos estudos de Miranda (2010), de Silva *et al.* (2009) e de Gupta (2008), onde o elevado nível de concordância concernente aos aspectos tangíveis relacionados com o espaço físico é evidente. Apresentam igualmente baixo nível de concordância pontos como: “meios de apoio a deficientes”; “acesso ao gabinete da consulta de rastreio”; informação e

sinalética relativa ao rastreio”; “instalações da sala de espera” e “instalações do gabinete”. Salienta-se, no entanto, que apesar da maioria dos Centros de Saúde ter estes aspectos com um menor nível de concordância por parte dos inquiridos, isso não acontece na totalidade. A natureza da acção estudada leva a que o factor “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade” mereça um olhar diferente relativamente às outras. Trata-se de um factor com aspectos variáveis, uma vez que a Unidade de Rastreio desenvolve a sua intervenção em 14 espaços físicos diferentes – os 14 Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II. Na maioria dos Centros de Saúde não havia gabinete disponível para este tipo de acção e perante tal condicionalismo os espaços destinados à Consulta de Rastreio da RD (gabinete e sala de espera) acabavam por ser improvisados em gabinetes nem sempre com as melhores circunstâncias ao seu desenvolvimento.

Apropriando os resultados ao Triângulo do Serviço de Haywood-Farmer (1988 – cit. De Man et al. (2002)), a posição dos Serviços de Ortopia ao nível dos CSP e da intervenção comunitária relacionada o Rastreio da Retinopatia Diabética é claramente, usando a linguagem de Milles e Margulies (1980 – cit. De Man et al., 2002), mais *personal-interactive* do que *task-interactive* (ênfase da dimensão “empatia”) ou *maintenance-interactive*, ao contrário do verificado para área da Medicina Nuclear (De Man et al., 2002). Contudo, a análise revela que a posição deste tipo de serviços é influenciada, em parte, por todas as dimensões, incluindo a dimensão tangibilidade na sua vertente direccionada para o aspecto físico do profissional (esquema 9.1.).

Esquema 9.1. Posição dos Serviços de Ortopia/CSP/Intervenção Comunitária no Triângulo do Serviço de Haywood-Farmer (1988 – cit. De Man et al. (2002))



Fonte: Adaptado de Haywood-Farmer (1988 - cit. De Man et al. (2002)).

No contexto dos CSP, ainda que assentes em pressupostos teórico-metodológicos diferentes, foram desenvolvidos alguns estudos sobre a avaliação da satisfação dos utentes que revelam a dimensão da qualidade “relação e comunicação” como a que evidencia maior nível de concordância por parte dos inquiridos e a

dimensão “organização dos serviços” como a que evidencia menor (Calnan et al., 1994 – cit. Serapioni, 1999; Ferreira et al., 2001; Ferreira e Antunes, 2009). Os resultados do presente estudo apenas vão de encontro aos suprarreferidos em parte, como se pode observar.

Analisando a perspectiva de Donabedian (1966 – cit. Sousa *et al.*, 2008), que suporta a avaliação da qualidade nas organizações de saúde assente na tríade «estrutura, processo e resultados», é manifesto que a dimensão processo é a que se revela com um nível de concordância maior por parte dos utentes em detrimento das restantes, decompondo-se, segundo o ACS (2010), em relações interpessoais e organizacional. A importância da comunicação nas organizações de saúde é sublinhada por Quintino e Saraiva (2009) quando afirmam que, “a nível organizacional, comunicar gera maior aproximação e uma melhor sintonia entre os diferentes actores”.

Concluindo, os factores que melhor modelam a satisfação dos utentes são essenciais para se conceptualizar a melhoria organizacional contínua. Através dos atributos “profissionalismo e confiança” e “organização dos serviços” conhece-se o que desejam os utentes e como estes percebem uma intervenção comunitária em saúde e a prestação de uma Unidade de Rastreio da Retinopatia Diabética, especificando.

9.3. PERCEÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE RASTREIO DA RD DOS ACES DO ALENTEJO I E II E SUGESTÕES DE MELHORIA

Tendo em conta os pontos anteriores, distingue-se que o modelo inicial adaptado no presente estudo é composto por 5 dimensões, cujos itens iniciais percebidos (depois de ajustada a sua combinação em Análise Factorial Exploratória) conservaram em 5 factores. Via Análise de Regressão Múltipla (aplicada a todas as variáveis observáveis), destes cinco factores sobressaem 8 atributos (aspectos preditivos da satisfação global) com grande poder explicativo (71.2%) sobre a variabilidade da satisfação global dos utentes acerca da qualidade organizacional do contexto em estudo. Quando aplicada a mesma técnica estatística considerando os factores, o quadro perceptual reduz-se a três subescalas - “Organização dos Serviços”; “Profissionalismo e Confiança”; “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”, cujo poder explicativo sobre a versatilidade da satisfação global dos utentes é inferior (68.1%).

O primeiro objectivo específico vê-se cumprido quando através da Análise Factorial se identificam novas associações dos atributos da qualidade percebida pelos utentes diabéticos inquiridos. Renomeados os novos factores – “Profissionalismo

e Confiança”; “Organização dos Serviços”; “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”; “Capacidade de Resposta e Credibilidade”; “Garantia e Segurança”, o Teste de *Friedman* conduz ao entendimento de que os que apresentam maior nível de concordância são o “Profissionalismo e Confiança” e a “Organização dos Serviços” e que o que compreende os atributos com menor nível de concordância é a “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”.

No que concerne ao atributo com menor nível de concordância, mas também a um dos que melhor prediz a variabilidade da satisfação global dos inquiridos, grande parte da percepção dos utentes está relacionada com o facto de alguns dos CS não estarem devidamente preparados para acolher uma acção desta natureza. A Unidade de Rastreio da RD não é uma estrutura permanente em cada uma das unidades de saúde, daí não ter um espaço adequado reservado ao desempenho das suas funções. Desenvolvendo uma actividade cíclica, sedeia o seu equipamento em divisões pouco próprias para o efeito (ex. biblioteca) (sobretudo nos CS com infra-estruturas mais antigas), zonas não destinadas ao atendimento ao público e consequentemente com uma fraca acessibilidade (escadas) (tanto para deficientes como para idosos debilitados fisicamente, tendo em conta a média das idades dos inquiridos). Pese embora alguns concelhos já usufruam, actualmente (após o 1º ciclo da acção, sobre o qual recai o estudo), de Centros de Saúde novos/remodelados com gabinetes livres e harmonizados para a prática da Consulta de Rastreio da RD, tais espaços não foram destinados de raiz a esta actividade e com o tempo ficarão devidamente ocupados.

Sugestões:

- Apesar de serem poucos os Ortoptistas a desenvolverem funções no âmbito dos CSP e mais especificamente em intervenção comunitária em saúde seria pertinente a promoção de troca de experiências, através por exemplo do processo de *benchmark*. O *benchmarking* constitui hoje uma das áreas prioritárias inerentes ao quadro conceptual e metodológico de melhoria da qualidade contínua nos serviços de saúde, de acordo com os autores Silva *et al.* (2007). Não se trata aqui da uniformização procedimentos técnico-científicos, mas de identificar problemas comuns e estratégias capazes de melhor servir a população. Métodos que garantam uma melhor inclusão da Unidade no dia-a-dia dos CS. O aperfeiçoamento dos aspectos tangíveis permitirá encontrar caminhos no sentido de melhor adaptar os serviços da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II às necessidades das populações dos diferentes concelhos, aproximando-as também, e cada vez mais, deste tipo de acção preventiva;

- Sugere-se que a sinalética relativa às Consultas de Rastreio da RD passe a existir ou seja melhorada;
- Sugere-se comparação com acções idênticas e análogas desenvolvidas em outros países da União Europeia.

Em resposta ao segundo objectivo específico, conhecemos os factores subjacentes ou que mais influenciaram a satisfação global dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio da RD relativamente ao funcionamento e à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio. Por ordem decrescente: “Organização dos Serviços” (relativamente ao processamento da Consulta de Rastreio); “Profissionalismo e a Confiança” (transmitidos pela Técnica de Ortopática que realizou a Consulta de Rastreio); “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade” (condições físicas/acesso do Centro de Saúde e do gabinete da consulta e capacidade tecnológica com que este último está equipado).

O factor “Organização dos Serviços”, sendo o que exerce maior influência sobre a satisfação global dos utentes, assenta no conceito de equipa multidisciplinar. Além da técnica de Ortopática existem outros agentes, ao nível dos Centros de Saúde, que intervêm directamente na acção, nomeadamente os Administrativos que seleccionam (após indicação do respectivo Médico) as listas dos utentes a serem rastreados e enviam as convocatórias. “(...) tem de existir um envolvimento generalizado de todos os intervenientes da organização em que a qualidade tem de ser aplicada em todo o circuito, desde a produção do bem ou prestação de serviço até ao seu consumidor final” (Ishikawa, 1985 – cit. Lopes e Saraiva, 2009: 195)

Sobre esta questão é pertinente deixar uma informação. Encontra-se neste momento em fase de implementação um **Sistema de Informação** que visa melhorar a comunicação entre as diferentes entidades com participação directa no DSTRD (CS – Médicos de Medicina Geral e Familiar e Administrativos; Unidade de Rastreio – Ortopatista; Serviço de Oftalmologia do HESE, E.P.E. – Oftalmologistas e Administrativos). Toda a informação clínica/administrativa relativa aos utentes que realizam Consulta de Rastreio de RD passará a estar disponível aos diferentes intervenientes dos vários patamares do processo. A construção de sistemas de informação e comunicação que obedeçam a uma arquitectura comum é imprescindível na conservação da memória organizacional, sublinham Biscaia *et al.* (2008) ao referirem esta matéria como um dos eixos principais do Plano Estratégico 2007-2009 da MCSP. Também o ACS salienta as tecnologias de informação e comunicação como um dos temas a aprofundar, no Plano Conceptual do PNS 2011-2016 (ACS, 2010). Além de uma comunicação mais eficiente entre as estruturas organizacionais

inerentes ao DSTRD dos ACES do Alentejo Central I e II, este processo vai aliviar a (grande) carga burocrática da acção, evitar perdas de informação (e de conhecimento), potenciar o desempenho dos recursos humanos/temporais, rentabilizar os recursos financeiros e apoiar a tomada de decisão.

Sugestões:

- Com a finalidade de otimizar a organização dos serviços da Unidade de Rastreio e responder cada vez mais efectivamente às necessidades da população, sugere-se que se mantenham o mais actualizadas possível as listas dos utentes diabéticos por parte dos Médicos de Medicina Geral e Familiar dos ACES do Alentejo Central I e II. A introdução dos utentes diabéticos no novo Sistema de Informação vai ser essencial para garantir a sua observação na Consulta de Rastreio da Unidade em estudo;
- Sugere-se que cada CS dos ACES do Alentejo Central I e II tenha acesso ao cronograma geral de actividades da Unidade de Rastreio para que possa com a devida antecedência convocar o grupo populacional em causa.

No que respeita ao segundo factor que mais influencia o nível de satisfação geral dos utentes inquiridos - “Profissionalismo e Confiança”, este assenta basicamente em toda a interacção Técnica de Ortopia - utente, associando-se a sentimentos de segurança e de confiança para com a acção. (...) a comunicação com os cidadãos e profissionais representa “um poderoso instrumento de gestão de expectativas” e, assim, fundamental em todo o processo” (MCSP, 2007a).

Sugestões:

- Sugere-se a criação de um “manual de boas práticas” específico para este tipo de intervenção, um documento que consista numa compilação de normas informativas baseadas em evidências práticas. Funcionando como *guidelines*, permitirá colmatar eventuais falhas nas práticas clínicas e não clínica. Não sendo um protocolo rígido, deve promover a autonomia do técnico responsável e fomentar a segurança do utente.
- Sugere-se ainda a avaliação/monitorização da relação da Técnica de Ortopia com a segurança do utente (segurança do doente – agente catalisador da implementação da qualidade em saúde (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, 2009 – cit. Diniz, 2010)) por meio do formato de auditoria da prática ou

através de acções de formação que lhe promovam a consolidação e o aumento de conhecimentos. Nenhum destes procedimentos é habitual ao nível dos CSP e ainda menos em intervenções comunitárias em saúde da visão, contudo como afirma Sousa (2010), a definição de políticas que visem a melhoria e a garantia de elevados padrões de qualidade e, conseqüente, monitorização e análise desses padrões/resultados (avaliação da qualidade) torna-se essencial no campo da saúde, em geral, e da saúde pública em particular. A avaliação da qualidade nos CSP é outros dos eixos de acção definido pela MCSP no Plano Estratégico 2007-2009, referido por Biscaia *et al.*, (2008).

A análise subjacente ao terceiro objectivo específico permitiu verificar, entre as variáveis sociodemográficas consideradas, que apenas o quesito Centro de Saúde de origem interfere com o nível de concordância que os inquiridos atribuíram a cada um dos factores e conseqüentemente com seu grau satisfação para com a Consulta de Rastreio de RD da Unidade de Rastreio dos ACES do Alentejo Central I e II. Esta questão tem sobretudo a ver (para além do que já foi referido e sugerido quanto aos aspectos físicos das instalações/sinalética) com os conhecimentos e com as experiências, previamente adquiridos, dos utentes (influenciadoras das expectativas) e até com o seu “estado emocional” momentâneo. Recorrendo ao esquema de Zeithaml e Bitner (2003 – cit. Domingues) sobre “Componentes da Satisfação”, este documenta que os factores que a influenciam assim como à qualidade percebida pelos utentes são de ordem “pessoal” e “situacional”. “Preocupação, ansiedade, stress e vulnerabilidade são alguns dos sentimentos que “assombram” os utentes e os seus familiares (...) no contexto dos serviços de saúde ” (Martin, 2004). Fadel e Filho (2009) reforçam também a introdução do conceito de subjectividade no momento da prestação de cuidados – “As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida” (Fadel e Filho, 2009).

Igualmente no que concerne aos profissionais, o seu grau de satisfação é variável tanto por motivos situacionais, como por motivos pessoais. Além disso, o sentimento de satisfação do colaborador, enquanto *stakeholder* que tal como o utente e a gestão/administração exige qualidade (Nogueiro e Saraiva, 2009), diversifica-se-á por exemplo à mercê de possíveis dificuldades (relacionadas com a organização) no desempenho das suas funções (Gomes, 1998 – cit. Filipe, 1999). Dirigem-se as considerações quer para a Técnica de Ortopia quer para os restantes profissionais dos CS que intervêm na acção ao nível do CSP.

O estado circunstancial dos diferentes actores influencia o que Milles e Margulies (1980 – cit. De Man *et al.*, 2002) chamaram de *personal-interactive*, um dos factores que mais influencia a satisfação do utente para com o serviço que lhe é prestado.

Sugestão:

- A sugestão neste ponto vai (novamente) de encontro à elaboração de um “manual de boas práticas” direccionado para as Consultas de Rastreio da RD. Neste contexto, a existência de um programa do género que tenha como finalidade última a melhoria da qualidade deve, no seguimento do que foi suprarreferido, responsabilizar os profissionais de saúde no sentido de poderem decidir o que há para fazer e apoiá-los, posteriormente, nos seus esforços. Tal medida reflectir-se-ia, provavelmente, no aumento da satisfação profissional, na diminuição da frustração e na melhoria do *feedback* dos utilizadores (Martins, 1994).

A última sugestão direcciona-se para o instrumento de recolha de dados. Conclui-se que para examinar a qualidade organizacional de uma Unidade de Rastreio da RD, por meio da avaliação da satisfação dos utentes que realizaram a consulta, tem que se ter em conta aspectos-chave relacionados com a natureza deste serviço. A intervenção comunitária em saúde abrange dimensões tão multidisciplinares que o estudo da sua qualidade em termos organizacionais não permite um apoio único num modelo do tipo SERVPERF e nas adaptações das propostas de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares (HQual) de Silva *et al.* (2009). É necessário ajustar o instrumento ao contexto da prática e à realidade de cada local (caso contrário os aspectos tangíveis a avaliar variarão dentro do mesmo estudo), incidindo no entanto em questões ressaltadas e experienciadas por outros autores em outros estudos, particularmente: “Organização dos Serviços”, “Profissionalismo e Confiança” e “Aparência Física/Tecnológica das Instalações e Acessibilidade”.

9.4. PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Atendendo à natureza do DSTRD desenvolvido no Alentejo Central e às diferentes equipas que nele co-actúan, seria interessante que, com base nessa multidisciplinaridade, se estudassem os seguintes pontos:

- Satisfação dos colaboradores (da Unidade de Rastreio/CS e do Centro de Referência – HESE, E.P.E) sob duas perspectivas: segurança dos utentes e deles próprios - empoderamento (*empowerment*) do desempenho da prática da profissão;
- Satisfação dos utentes utilizadores dos serviços do Centro de Referência baseada na aplicação de um modelo adaptado dos tipos SERVPERF, HQual (Silva *et al.*, 2009) e outros existentes no âmbito da Oftalmologia hospitalar;
- Custo-efectividade da acção na sua globalidade e ganhos em saúde (um rastreio deve ser custo-efectivo, apesar de haverem questões morais tocantes a este aspecto que se relacionam com a morbilidade e a incapacidade definitiva).

9.5. ASPECTOS IMPORTANTES DO DSTRD ENQUANTO PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE DA VISÃO

Debruçando-se este estudo sobre uma acção preventiva (nível 2) com vista à obtenção de ganhos em saúde, torna-se importante relevar aqui alguns aspectos que o inquérito por questionário colocou a descoberto. Designadamente as seguintes questões:

- **A3. Sabe que doença se pretende despistar com este rastreio?**
- **A4. Em caso de ser detectada esta complicação na consulta de rastreio conhece o tratamento que lhe está associado na maioria dos casos?**
- **A4.1. Em sua opinião, que tipo de tratamento é o mais adequado?**

A introdução de perguntas deste tipo no questionário teve como finalidade verificar o conhecimento dos utentes sobre a acção em estudo assim como sobre a patologia que lhe está subjacente.

Quando se analisaram as respostas à primeira questão (incluída no ponto “factos relativos à Consulta de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II”) verificou-se que quase 26.6% dos inquiridos (357 questionários recolhidos) “não sabe” que doença se pretendia despistar na Consulta de Rastreio que realizaram, ainda que 97.2% tenha considerado este tipo de acção importante.

No que diz respeito à terapêutica associada à patologia (incluída no ponto “opinião relacionada com a terapêutica indicada para a RD”), 56.3% dos inquiridos respondeu não a conhecer e dos que responderam “sim” (43.7%) a maior percentagem

seleccionou a opção óculos (23%) como o tratamento mais adequado, distribuindo-se os restantes pelas outras opções.

Existem, além das realidades reflectidas pelas respostas às questões anteriores, dois factos (previamente conhecidos) associados ao programa em estudo com interesse do ponto de vista sócio-organizacional:

- Percentagem de faltas à Consulta de Rastreio (1º ciclo) (35.5%);
- Duração do 1º ciclo da acção (21 meses).

Olhando para todos aspectos anteriores (à excepção do “duração do 1º ciclo da acção”), todos eles devem ser abordados segundo o princípio fundamental da nova organização dos CSP, que anteriormente já havia sido vincadamente defendido - a organização dos serviços centrada nos utilizadores (Ferreira et al., 2001; Sakellarides, 2003; PNS, 2004b); DGS, 2004 – cit. Biscaia, 2006; MCSP, 2006a; MCSP, 2007a, Biscaia *et al.*, 2008; Campos, 2008; Portugal, 2009). “(...) a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em *settings* (escolas, locais de trabalho...) e a capacitação do sistema de saúde para a inovação” são orientações estratégicas definidas no PNS 2004-2010 e consensualizadas num processo participativo e inclusivo (DGS, 2004 – cit. Biscaia, 2006).

O quadro estatístico descrito relativo aos factos salientados tal como o número elevado de faltas à consulta de rastreio conduzem à abordagem de conceitos inerentes aos serviços de saúde e pilares nas actuais políticas de saúde, nomeadamente: **acessibilidade, equidade, capacitação do utente**. Inter-relacionadas entre si, estas noções constituem alguns dos princípios essenciais da **governança clínica**, enquanto abordagem descentralizada e participativa (Ramos, 2008).

A **acessibilidade** abordada do ponto de vista da sua melhoria numa das linhas estratégicas do Eixo I – Qualidade e Mudança Organizacional do Plano Estratégico 2007-2009 (MCSP, 2007a - Biscaia *et al.*, 2008) tem que ser analisada, no caso específico das consultas de rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II, sob duas perspectivas: a do SNS e a do utente. O acesso aos serviços de saúde cai na dependência não só do que o SNS oferece em termos de cuidados, e a forma como oferece, como das características de quem recebe (Campos, 2008). A elevada percentagem de faltas ao rastreio pode ser justificada (ainda que não na sua totalidade) por esta via. A intervenção tenta a maior proximidade possível do grupo populacional em causa (replicando a acção prevista pela Circular Normativa nº. 7 /DGCG, aprovada pela DGS a 4 de Novembro de 1998). Desenvolvendo-se a acção

nas sedes dos CS, tenta-se promover a adesão dos utentes das extensões rurais recorrendo à intersectorialidade, neste caso com o envolvimento dos Municípios (surtem como agentes promotores para concretização dos objectivos traçados no Modelo Conceptual do PNS 2011-2016 (ACS, 2010)). Nesta lógica e observando as respostas dadas às perguntas de conhecimento do questionário atrás recordadas, acredita-se que grande parte dos utentes não comparece por falta de saber (informação) o que é a patologia, por não compreender as suas consequências e talvez por entender erradamente o tratamento que lhe está associado, julgando o quadro clínico tratável a qualquer momento (incorrectamente com óculos, a opção com maior numero de respostas – 23%). Há que ter em conta neste ponto a elevada média de idades dos inquiridos (superior a 66 anos), a sua baixa literacia (55.7% frequentam ou frequentaram o 1º ciclo) e até a percentagem de iletrados (22.7%- “sem escolaridade”)

Este encadeamento de ideias leva a outro dos conceitos salientados - **equidade** - discutido por vários autores (Giraldes, 1997;2001; Portugal, 2004; MCSP, 2007a; Campos, 2008; Biscaia *et al.*, 2008; Gupta, 2008, Ramos, 2009 e Sousa, 2010). Tendo em conta o relatado, sobressai aqui o conceito de equidade de utilização em detrimento do de equidade de acesso (comparados por Giraldes, 1997; 2001). Neste contexto, o acesso parece ser, dentro dos possíveis, equitativo, mas a utilização não se revela da mesma maneira. Pelos motivos e estatísticas acima delineados, o conhecimento/informação que os utentes possuem sobre o seu estado de saúde/doença condiciona a utilização que estes fazem dos serviços de saúde. Esta falta de informação/conhecimento conduz à abordagem da noção de **capacitação do utente/cidadão** (Cardoso, 2002; PNS 2004-2010, 2004b; Ramos, 2009; ACS, 2010). Para Cardoso (2002), a capacitação não se limita aos doentes, estende-se aos não-doentes. Estando relacionado com o ensino de consciência crítica às populações, tem como finalidade que o utente tenha o direito às suas próprias escolhas e a interferir com os cuidados que lhe são prestados. A informação/conhecimento transmitido ao utente/cidadão na área da saúde potenciar-lhe-á a responsabilização (*accountability*) pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, promovendo igualmente a sua autonomia e respeito pela sua individualidade – ideia assinalada por Sakellarides (200? – cit. Biscaia *et al.* 2008) quando afirma que “os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos...”. A capacitação (e o seu *empowerment*) dos cidadãos é uma promoção à participação activa no seu estado de saúde (Brook *et*

al., 2000; Ramos, 2009) e à democratização destes serviços (Ferreira *et al.*, 2005). Volta a ter algum destaque neste âmbito a questão da literacia dos utentes.

O empoderamento dos utentes, assente no seu conhecimento, agilizará a resolução de problemas identificados relacionados quer com a acessibilidade, quer com a equidade nos serviços de saúde, sobretudo se falarmos de acções de natureza preventiva como a do presente estudo. A qualidade dos serviços de saúde ou a melhoria contínua desta cruza-se com os três conceitos anteriores assim como com o de satisfação dos utentes na lógica da governação clínica, no seio da qual devem desempenhar funções as estruturas organizacionais criadas à luz da nova reforma dos CSP.

Ainda neste encadeamento de ideias e em termos de sugestão, para as USF's cujo desempenho de funções já se desenvolve com base nos termos de referência para a **contratualização**, aconselha-se que assumam como indicador a contratualizar o número de utentes diabéticos que realizam Consulta de Rastreio na Unidade de Rastreio da RD, atendendo também aos indicadores de monitorização abrangidos face ao exposto no Despacho Normativo nº9 de 2006 do Ministério da Saúde.

Uma última referência ao tempo de duração do 1º Ciclo de Rastreio da RD. Vinte e um meses são um período de tempo muito superior ao estabelecido (DGS, 1998, 2009) como cientificamente adequado ao seguimento da entidade nosológica em questão. O programa deve garantir uma observação oftalmológica anual a cada doente diabético a partir dos 12 anos de idade, para que seja efectivo. Havendo uma subsinalização do número de utentes diabéticos na área de abrangência dos dois ACES do Alentejo Central, o panorama vislumbra-se ainda pior, pois as tecnologias de informação/comunicação promovem o aumento da fidedignidade dos dados. A única solução passa por existirem duas Unidades de Rastreio no Distrito de Évora com rácio populacional idêntico. A divisão por ACES não colmataria a lacuna uma vez que um deles abrange cerca do dobro da população do Alentejo Central relativamente ao outro. Recorda-se que a maioria das sugestões apresentadas pelos inquiridos na questão **PA9** aponta para uma maior frequência das Consultas de Rastreio da RD. Ainda que com pouco conhecimento sobre a patologia, os utentes diabéticos sentem a necessidade de serem observados mais vezes.

10. PROJECTO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Com base nos resultados obtidos no presente estudo conclui-se que os inquiridos dão especial ênfase a atributos como o profissionalismo e a confiança transmitidos pela Técnica de Ortóptica durante a Consulta de Rastreio da RD, nomeadamente, a se a Técnica tinha boa aparência, a se houve um bom relacionamento durante a consulta, a se o atendimento foi personalizado, a se a sua privacidade foi promovida e a se o desempenho da profissional foi exemplar. Outro aspecto bastante valorizado pelos utentes inquiridos e com especial influência na sua satisfação global relaciona-se com a organização dos serviços, designadamente com quesitos que valorizam igualmente o domínio do *personal-interactive* e sustentam actividades subjacentes à Consulta propriamente dita.

Por outro lado observam-se, no contexto analisado e por meio do conhecimento prévio de factos relacionados com a acção, áreas organizacionais que evidenciam algum défice de qualidade com reflexos negativos na prestação de cuidados e consequentemente na satisfação dos utentes, nomeadamente no que concerne aos aspectos físicos e de acessibilidade das instalações dos CS, ao fraco conhecimento dos inquiridos sobre a acção e patologia associada e à duração excessiva do ciclo de actividade da Unidade de Rastreio.

Face ao exposto, propõe-se uma intervenção pró-activa (para prevenir e dar resposta (Biscaia, 2001)) orientada para a promoção de boas práticas em questões de segurança do utente e para a capacitação/empoderamento/responsabilização (*empowerment/accountability*) do mesmo quanto ao seu estado de saúde da visão enquanto diabético (a ideia de capacitação acaba por estar implícita na de segurança). Trata-se basicamente da criação de uma equipa multidisciplinar (Técnica de Ortóptica; Médicos de Família; Profissionais de Enfermagem; Médicos de Saúde Pública; Gestão de Topo – ACES Alentejo Central e ARSA, I. P.); capaz de pôr em hábito um conjunto de boas práticas (baseadas na evidência da informação/conhecimento/investigação existente) cujo conteúdo seja transversal a todos os participantes na acção, no âmbito dos CSP, e centrado na promoção de uma atitude participada do utente diabético no seu estado de saúde/doença. É uma abordagem que contempla a qualidade também da “perspectiva da saúde pública”, valorizada por Alan Gillies (cit. Pisco, 2002).

Sendo um plano de intervenção de natureza comunitária em saúde da visão tende a ser coerente com as novas políticas de saúde definidas para os CSP, na lógica do que pretende a governação clínica.

I. Introdução

A segurança do utente é abordada actualmente como uma medida da qualidade (Pires, 2004, 2007), assumindo-se como prioridade na promoção da sua melhoria contínua e materializada naquilo a que a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde chama de observatório de segurança do doente (Diniz, 2010). Falar de segurança conduz muitas vezes à definição dada por Maxwell (definida como faceta da qualidade), que a relaciona com a “ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde e que causam dano ou incapacidade (Maxwell, 1992 – cit. Sousa, 2010). Contudo, neste contexto o conceito de segurança do utente é mais abrangente e vai de encontro a um acompanhamento que é transversal ao SNS (dos cuidados preventivos aos curativos) e que lhe garante a promoção contínua da sua saúde e da saúde pública, capacitando-o de conhecimentos e potenciando-lhe a qualidade de vida.

“Uma vez consolidadas a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da Qualidade e da Segurança do doente surgem em primeiro plano como uma das principais preocupações do sistema de saúde português” (Departamento da Qualidade em Saúde/Ministério da Saúde (2010) – cit. Diniz, 2010).

Contextualizada a noção de segurança, pretende-se para a Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II um ambiente disciplinado, orientado por *guidelines*, monitorizado por avaliação contínua e com capacidade inovadora e de adequação constante às alterações do meio envolvente. O Departamento da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde apresenta como uma das linhas de acção imediata “divulgar normas de orientação clínica e organizacional” nomeadamente para os CSP, contudo estas normas devem aos olhos da OMS ter replicação regional e estarem adequadas a cada organização (Diniz, 2010). É necessário adequar estratégias e procedimentos à natureza de cada serviço, tendo em conta a segurança do grupo populacional a que se dirige.

II. Aplicação Prática

1. Consolidar elos de ligação entre a Técnica de Ortopática, os Centros de Saúde, as USF's, as Unidades de Saúde Pública, os ACES do Alentejo Central I e II e a ARSA, I.P.;
2. Diagnosticar possíveis lacunas na Unidade de Rastreio e equipamentos adjacentes do ponto de vista organizacional (só intervenientes ao nível dos CSP);

3. Monitorizar erros que ocorram, assim como reclamações de utentes relativamente à prestação de cuidados (clínicos e não clínicos);
4. Analisar os diplomas legais/normas nacionais relativos à acção, adequar-lhes aos procedimentos já definidos e replicá-los de acordo com os recursos dos ACES do Alentejo Central I e II e com as características populacionais da região;
5. Implementar “manual de boas práticas” com base em *guidelines* centradas na segurança do cidadão diabético, à luz de um compromisso ético e de responsabilidade social, que abranja todos os intervenientes na acção ao nível dos CSP e a Gestão de Topo da ARSA, I.P.;
6. Desenvolver um modelo de monitorização (auditoria da prática) e registo de ocorrências que pode ser criado só para a Unidade de Rastreio e respectivos intervenientes dos CSP ou ser incluído na estratégia de acompanhamento e avaliação dos ACES, uma vez que integra as vertentes clínica e funcional (Plano Estratégico 2007-2009 (MCSP, 2007a).

III. **Metodologia de Trabalho**

Inicialmente serão conduzidas sessões de aprendizagem, sobretudo teóricas, por ACES, com grupos de 15 profissionais no máximo por sessão, e que contem com a presença de um representante da ARSA, I.P. relacionado com o programa. Privilegiar-se-á a condução de sessões de aprendizagem baseadas em exposições orais e metodológicas assentes na definição do papel de cada um no processo – desde o desempenho relacionado com o funcionamento da Unidade de Rastreio da RD propriamente dita à definição estratégias de capacitação do utente para a percepção da importância da sua participação na acção (ex: informação transmitida pelo MMGF/Enfermeiro que faz a consulta de Diabetes; acções de educação para a saúde organizadas pelos CS/USF's; informação sobre Retinopatia Diabética disponível em panfletos/posters nos CS e nas USF's; informação sobre a patologia e sobre o período tempo em que decorrem das Consultas de Rastreio a passar nos monitores dos CS/USF's destinados ao atendimento ao utente).

Recorrer-se-á também, numa componente mais teórico-prática, à observação de boas práticas organizacionais, funcionais e de gestão numa Unidade de Rastreio da RD de excelência, nacional e/ou internacional, sob uma perspectiva de *benchmarking*, segundo a matriz de enquadramento lógico do plano em questão (quadro 10.1).

Quadro 10.1. Matriz de Enquadramento Lógico

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Pressupostos/Recursos
Promoção, Informação e Divulgação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional - Sensibilizar o Conselho Directivo da ARSA, I.P. para a aceitação do plano, integrando-o na discussão das actividades previstas; - Promover a aceitação, o envolvimento e a participação de todos profissionais envolvidos e de todos os níveis da estrutura organizacional subjacente à acção.	- Explicitar os atributos e as vantagens do plano de intervenção na melhoria da qualidade da prestação de cuidados centrada nos utentes diabéticos e na sua segurança, também enquanto cidadãos; - Capacitar todos os profissionais envolvidos para uma atitude participada e visão inovadora sobre a Retinopatia Diabética, enquanto problema de saúde pública.	Os resultados do presente estudo, que assentam na percepção dos utentes sobre a qualidade organizacional dos serviços de saúde prestados na Unidade de Rastreio analisada, e factos previamente conhecidos acerca da acção, igualmente influenciadores da abordagem ao doente diabético.	- Explicar a natureza da intervenção e os seus objectivos com vista a obter ganhos para a organização, para os profissionais e para a saúde dos utentes, tentando assim mobilizar os órgãos de gestão (ARSA, I.P.; ACES Alentejo Central I e II) e os restantes profissionais; - Incentivar a discussão em torno das vantagens da intervenção para o grupo populacional em questão – diabéticos do Alentejo Central; - Organizar seminário/reunião sobre o modelo, evidenciando as vantagens/desvantagens de uma gestão participada e a influência que isso pode ter em termos de melhoria contínua da qualidade organizacional, da motivação/satisfação dos profissionais envolvidos e consequentemente da qualidade dos cuidados prestados em prol de mais e melhor saúde para utentes; - Desenvolver reuniões/encontros parcelares para debate de situações específicas, tendo em conta as diversas unidades de acção (CS/USF's).	- A recolha de informação no final de cada reunião com o objectivo de permitir, em função das opiniões expressas pelos intervenientes das diferentes categorias profissionais, o esclarecimento sobre as finalidades/actividades definidas e o conhecimento da motivação nelas empregue; - A definição de acções prioritárias por parte das diferentes unidades estruturais, através da realização de reuniões com o intuito de diagnosticar lacunas e oportunidades de melhoria.	Obter a adesão de todas as estruturas organizacionais intervenientes, assim como a dos profissionais implicados, alcançando-se uma população-alvo suficientemente significativa e consciente dos benefícios práticos do modelo.	Pressupostos: A adesão de um número significativo de profissionais ao plano (capitão intelectual), motivados e empenhados na inter-ajuda (capital relacional), Recursos: Recursos logísticos necessários para avançar para a fase seguinte – a Formação.
Formação - Desenvolver competências de aprendizagem pessoais, técnicas e organizacionais no contexto de acção e centradas no utente diabético, para adquirir capacidade de conceptualização, de diagnóstico de situação e de análise crítica.	- Proporcionar aos profissionais de saúde o aprofundamento do debate sobre os conceitos e os métodos de abordagem do modelo de intervenção comunitária em saúde da visão; - Proporcionar aos profissionais de saúde envolvidos informações que lhes permitam desenvolver uma atitude crítica e isenta na análise dos seus contextos de trabalho no que concerne à saúde da visão dos diabéticos, com base do modelo definido.	As competências pessoais e profissionais de um desempenho de excelência coerentes com o plano proposto, assim como a capacidade de inovar/criar, por parte de cada unidade estrutural (CS/USF), estratégias de sensibilização dos utentes direccionadas para a saúde da visão, especificamente para a RD, adequadas a cada subgrupo populacional (concelhos).	- Explicitar a função definida pela tutela, por meio de diplomas legais ou <i>guidelines</i> de documentos oficiais publicados (DGS; ACS; MCSP), de cada um dos intervenientes do plano; - Analisar as particularidades da população alvo da cada concelho (características sócio-demográficas), fazer um diagnóstico de situação e explicitar formas de actuação no que concerne às consultas de rastreio de RD (promoção da sua importância) e à prevenção da doença também (educação para a saúde); - Promover reuniões com convidados representantes de outros ACES e ARS's (ou de outros países da União Europeia) onde o DSTRD também seja uma realidade – <i>benchmarking</i> ; - Desenvolver reuniões parcelares entre a Técnica de Ortopática e cada um dos CS/USF para debate/esclarecimento de situações específicas tendo em conta o plano de actividades;	A definição de linhas orientadoras de acções inovadoras e adequadas a cada contexto específico e população concelha. Exemplificando: acções de sensibilização para a importância da realização da consulta na Unidade de Rastreio da RD adequadas a cada faixa etária; acções de educação para a saúde direccionadas para a saúde da visão no contexto da diabetes <i>mellitus</i> e baseadas em <i>settings</i> ; equipamentos informativos sobre a RD, a sua prevenção, as suas causas, as suas consequências e o seu tratamento – monitores animados, panfletos, <i>outdoors</i> .	Espera-se que a formação desenvolva: - Competências metodológicas; - Competências pessoais; - Competências relacionais; - Competências em intervenção comunitária em saúde (capacidade de diagnóstico de situação e de conceber estratégias de actuação adequadas).	Pressupostos: Pretende-se sensibilizar os colaboradores para os diferentes aspectos a terem em conta num desempenho de excelência no que concerne à população com RD ou em risco de a desenvolver. A formação tem como finalidade despertar os profissionais para os factores mais relevantes nas suas práticas diárias relacionados com a RD e com a possibilidade de minimização da morbilidade/incapacidade por ela causadas. Pretende-se que entendam que a abordagem multidisciplinar do problema acarreta ganhos em saúde e que a sua consciência crítica utilizada no contexto deste plano os potencia. Recursos • Material Pedagógico (sala com equipamento multimédia); • Recursos humanos (com disponibilidade suficiente); • Recursos materiais; • Bibliografia (diplomas legais, documentos do Ministério da Saúde, DGS e ACS).
Investigação - Avaliar e monitorizar as alterações de comportamento, atitudes e práticas organizacionais dos colaboradores;	- Verificar se a intervenção está a ser cumprida de acordo com o planeado e em função do objectivo <i>major</i> .	- A satisfação dos utentes; - A satisfação dos profissionais; - A satisfação da gestão de topo (ACES Alentejo Central I e II e ARSA, I.P.); - Os exemplos de boas práticas na (ou reflectidas na) na Unidade de Rastreio, nos CS e/ou nas USF's;	Actividades de monitorização em diversos momentos do processo: Escala de avaliação da satisfação dos utentes; - Escala de avaliação da satisfação dos profissionais; - Grelha de observação de boas práticas.	- Escala de avaliação da satisfação dos utentes; - Escala de avaliação da satisfação dos profissionais; - Grelha de observação de boas práticas.	Desenvolvimento competências na área da intervenção comunitária em saúde da visão direccionadas para a RD, assentes no quadro do novo modelo de acção	Recursos: - Instrumentos de medida, de análise e discussão dos resultados pertinentes; - Recursos humanos; - Recursos materiais.

Fonte: Elaboração Própria

IV. Promoção, Informação e Divulgação do Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional

A implementação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional preconizado, no panorama da valorização da qualidade dos serviços prestados pela Unidade de Rastreio da RD e da segurança do utente diabético, deve seguir um protocolo de procedimentos que abarcam em primeira instância um pedido formal ao Conselho Directivo da ARSA, I.P., para posteriormente se aceder aos Conselhos Clínicos dos ACES do Alentejo Central I e II e pedir autorização para abordagem aos Coordenadores dos CS/USF's/USP e respectivos profissionais. Em caso de autorização superior, utilizar-se-ão as reuniões multiprofissionais dos ACES como primeiro meio de divulgação do plano, sendo proposta e agendada a discussão do presente modelo em cada um dos CS, USF's e USP.

Objectivos Gerais

Estabelecem-se como objectivos gerais da promoção do plano de intervenção sócio-organizacional:

- Sensibilizar o Conselho Directivo da ARSA, I.P. para a aceitação do plano, intergrando-o na discussão das actividades previstas;
- Promover a aceitação, o envolvimento e a participação de todos profissionais envolvidos e de todos os níveis da estrutura organizacional subjacente à acção.

Especificamente, pretende-se que as acções de promoção, informação e divulgação contribuam para:

- Explicitar os atributos e as vantagens do plano de intervenção na melhoria da qualidade da prestação de cuidados centrada nos utentes diabéticos e na sua segurança, também enquanto cidadãos;
- Capacitar todos os profissionais envolvidos para uma atitude participada e visão inovadora sobre a Retinopatia Diabética, enquanto problema de saúde pública.

Indicadores

São indicadores para a intervenção sócio-organizacional os resultados do presente estudo, que assentam na percepção dos utentes sobre a qualidade organizacional do serviço de saúde prestado na Unidade de Rastreio analisada, e factos previamente conhecidos acerca da acção, igualmente influenciadores da abordagem ao doente diabético.

Actividades a Desenvolver

- Explicar a natureza da intervenção e os seus objectivos com vista a obter ganhos para a organização, para os profissionais e para a saúde dos utentes, tentando assim mobilizar os órgãos de gestão (ARSA, I.P.; ACES Alentejo Central I e II) e os restantes profissionais;
- Incentivar a discussão em torno das vantagens da intervenção para o grupo populacional em questão – diabéticos do Alentejo Central;
- Organizar seminário/reunião sobre o modelo, evidenciando as vantagens/desvantagens de uma gestão participada e a influência que isso pode ter em termos de melhoria contínua da qualidade organizacional, da motivação/satisfação dos profissionais envolvidos e consequentemente da qualidade dos cuidados prestados em prol de mais e melhor saúde para utentes;
- Desenvolver reuniões/encontros parcelares para debate de situações específicas, tendo em conta as diversas unidades de acção (CS/USF's/USP).

Meios de Verificação

Como meio de verificação da aceitação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional privilegiar-se-á:

- a recolha de informação no final de cada reunião com o objectivo de permitir, em função das opiniões expressas pelos intervenientes das diferentes categorias profissionais e das diferentes unidades de saúde, o esclarecimento sobre as finalidades/actividades definidas e o conhecimento da motivação nelas empregue;

- a definição de acções prioritárias por parte das diferentes unidades estruturais, através da realização de reuniões com o intuito de diagnosticar lacunas e oportunidades de melhoria.

Resultados Expectáveis

Espera-se, promovendo o plano, obter a adesão de todas as estruturas organizacionais intervenientes, assim como a dos profissionais implicados, alcançando-se uma população-alvo suficientemente significativa e consciente dos benefícios práticos do modelo.

Pressupostos

Consideram-se pressupostos imprescindíveis nesta fase a adesão de um número significativo de profissionais ao plano (capitão intelectual), motivados e empenhados na inter-ajuda (capital relacional), e os recursos logísticos necessários para avançar para a fase seguinte – a Formação.

V. Formação

“O conhecimento tornou-se o activo mais valioso das organizações, cuja sobrevivência depende, em grande medida, da forma como esse conhecimento é preservado e utilizado de forma eficiente” (MCSP, 2007a – cit. Biscaia *et al.*, 2008). Para Silva (2004), por meio da formação é possível um aumento do *empowerment* dos profissionais e consequentemente uma “maior independência” na realização das tarefas.

Aumentar o *empowerment* dos técnicos de saúde é aumentar-lhes a responsabilização (*accountability*) na qualidade dos cuidados que prestam, lógica que vai de encontro aos pressupostos do conceito de “Governança Clínica” sublinhado por Campos (2008). Para a MCSP (2007a), a governança clínica é o “processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados”.

É neste sentido que a formação contínua dos profissionais é uma actividade ambicionada por eles próprios, na medida em que lhes promove o desenvolvimento

profissional e pessoal, a autonomia e a responsabilidade, e pelas organizações de saúde, uma vez que se regem pelo princípio da governação clínica.

Quer a Técnica de Ortóptica (também do ponto de vista científico/tecnológico), quer os restantes profissionais envolvidos no Projecto de Intervenção direccionado para Unidade de Rastreio da RD dos ACES do Alentejo Central I e II devem melhorar o desempenho das suas competências profissionais, tendo em conta as novas políticas de saúde centradas no utente, as características do grupo populacional em causa, em particular, e o panorama da saúde pública em geral.

Objectivo Geral e Específicos

A formação dos profissionais de saúde propende a aplicação futura, na Unidade de Rastreio e Centros de Saúde dos ACES do Alentejo Central I e II, do modelo que se preceitua. Assim, constitui objectivo geral da formação:

- Desenvolver competências de aprendizagem pessoais, técnicas e organizacionais no contexto de acção e centradas no utente diabético, para adquirir capacidades de conceptualização, de diagnóstico de situação e de análise crítica.

Especificando:

- Proporcionar aos profissionais de saúde o aprofundamento do debate sobre os conceitos e os métodos de abordagem do modelo de intervenção comunitária em saúde da visão;
- Proporcionar aos profissionais de saúde envolvidos informações que lhes permitam desenvolver uma atitude crítica e isenta na análise dos seus contextos de trabalho no que concerne à saúde da visão dos diabéticos, com base do modelo definido.

Indicadores

Constituem indicadores as competências pessoais e profissionais de um desempenho de excelência coerentes com o plano proposto, assim como a capacidade de inovar/criar, por parte de cada unidade estrutural (CS/USF/USP), estratégias de diagnóstico de situação, de sensibilização e de capacitação dos utentes

direccionadas para a saúde da visão, especificamente para a RD, adequadas a cada subgrupo populacional (concelhos).

Actividades

As actividades a desenvolver englobam formação teórica e teórico-prática, exercícios de *benchmarking* e comparação/adaptação/replicação de *guidelines*. Constituem actividades prioritárias:

- Explicitar a função definida pela tutela, por meio de diplomas legais ou *guidelines* de documentos oficiais publicados (DGS; ACS; MCSP), de cada um dos intervenientes do plano;
- Analisar as particularidades da população alvo da cada concelho (características sócio-demográficas), fazer um diagnóstico de situação e explicitar formas de actuação no que concerne às consultas de rastreio de RD (promoção da sua importância) e à prevenção da doença também (educação para a saúde);
- Promover reuniões com convidados representantes de outros ACES e ARS's (ou de outros países da União Europeia) onde o DSTRD também seja uma realidade – *benchmarking*;
- Desenvolver reuniões parcelares entre a Técnica de Ortopia e cada um dos CS/USF/USP para debate/esclarecimento de situações específicas tendo em conta o plano de actividades;

Meios de Verificação

Previligia-se a definição de linhas orientadoras de acções inovadoras e adequadas a cada contexto específico e população concelhia. Exemplificando: acções de sensibilização para a importância da realização da consulta na Unidade de Rastreio da RD adequadas a cada a faixa etária; acções de educação para a saúde direccionadas para a saúde da visão no contexto da diabetes *mellitus* e baseadas em *settings*; equipamentos informativos sobre a RD, a sua prevenção, as suas causas, as suas consequências e o seu tratamento – monitores animados, panfletos, *outdoors*.

Resultados Espectáveis

Espera-se que a formação desenvolva:

- Competências metodológicas;
- Competências pessoais;
- Competências relacionais;
- Competências em intervenção comunitária em saúde (capacidade de diagnóstico de situação e de conceber estratégias de actuação adequadas).

Recursos:

- Material Pedagógico (sala com equipamento multimédia);
- Recursos humanos (com disponibilidade suficiente); deve ser nomeado (s) um ou mais representantes de cada grupo profissional de cada CS/USF/USP e estar presente a Técnica de Ortopia da Unidade de Rastreio;
- Recursos materiais;
- Bibliografia (diplomas legais, documentos do Ministério da Saúde, DGS, ACS e Saúde-União Europeia).

Pressupostos:

Pretende-se sensibilizar os colaboradores para os diferentes aspectos a terem em conta num desempenho de excelência no que concerne à população com RD ou em risco de a desenvolver. A formação tem como finalidade despertar os profissionais para os factores mais relevantes nas suas práticas diárias relacionados com a RD e com a possibilidade de minimização da morbilidade/incapacidade por ela causadas. Pretende-se que entendam que a abordagem multidisciplinar do problema acarreta ganhos em saúde e que a sua consciência crítica utilizada no contexto deste plano os potencia.

VI. Investigação

Relativamente às acções de investigação a realizar, estas inserem-se no processo de avaliação e monitorização da fase de implementação e desenvolvimento do Plano

de Intervenção Sócio-Organizacional, de acordo com o definido na matriz de enquadramento lógico.

O desafio do plano de intervenção é o de adoptar uma abordagem multidisciplinar para providenciar educação e desenvolvimento em intervenção comunitária em saúde na área da saúde da visão dos diabéticos, como parte integrante do programa de gestão dos ACES do Alentejo Central I e II (seja na sua própria estratégia de acompanhamento e monitorização da qualidade seja por meio de uma estratégia própria) e na lógica de melhoria continua da qualidade que a governação clínica exige.

No contexto descrito, os ACES devem favorecer formação interna aos seus colaboradores e facilitar/proporcionar formação externa sustentada e devidamente adequada às necessidades dos profissionais. Para tal, sugere-se o diagnóstico das necessidades/aspirações de formação da Técnica de Ortopia e de todos os profissionais inerentes ao plano/acção em causa.

Objectivo Geral

- Avaliar e monitorizar as alterações de comportamento, atitudes e práticas organizacionais dos colaboradores;

Especificando:

- Verificar se a intervenção está a ser cumprida de acordo com o planeado e em função do objectivo *major*.

Indicadores:

Constituem indicadores:

- A satisfação dos utentes;
- A satisfação dos profissionais;
- A satisfação da gestão de topo (ACES Alentejo Central I e II e ARSA, I.P.);
- Os exemplos de boas práticas na (ou reflectidas na) Unidade de Rastreio, nos CS e/ou nas USF's e nas USP;

Actividades:

As actividades para cumprimento do acima descrito incluem a definição da sequência das actividades de monitorização em diversos momentos do processo, segundo o Plano de Actividades (apêndice VIII) e o seu Cronograma (apêndice IX).

Meios de Verificação

Constituem meios de verificação:

- Escala de avaliação da satisfação dos utentes;
- Escala de avaliação da satisfação dos profissionais;
- Grelha de observação de boas práticas.

Resultados Esperados

Espera-se nesta fase de implementação e desenvolvimento do Plano de Intervenção que os profissionais de saúde tenham desenvolvido competências na área da intervenção comunitária em saúde da visão direccionadas para a RD, assentes no quadro do novo modelo de acção.

Recursos

Constituem-se recursos essenciais nesta fase:

- Instrumentos de medida, de análise e discussão dos resultados pertinentes;
- Recursos humanos (responsável ou responsáveis nomeados de cada grupo profissional de cada CS/USF/USP e técnica de Ortopia da Unidade de Rastreio);
- Recursos materiais.

VII. Conclusão

Tendo por base os resultados expressos pelo estudo anteriormente realizado sobre a percepção dos utentes dos ACES do Alentejo Central I e II quanto à qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD, é proposto um Plano de Intervenção Sócio-Organizacional orientado para o desenvolvimento de boas práticas organizacionais na área da intervenção comunitária em saúde da visão direccionado para os doentes diabéticos, com o intuito de lhe promover a segurança e ao mesmo tempo a qualidade de vida.

A elaboração de um projecto desta natureza é um trabalho multidisciplinar, dinâmico e inovador, objectivando a melhoria contínua da prestação de cuidados em saúde da visão. Através de uma abordagem sistémica e baseada no processo da governação clínica é possível diagnosticar lacunas que comprometam a qualidade organizacional da Unidade de Rastreio da RD e consequentemente o cumprimento dos seus objectivos junto da população em causa. Todas as estruturas no âmbito dos CSP que de alguma forma interceptam o funcionamento desta unidade devem encarar a RD como uma entidade nosológica de carácter partilhado e multiprofissional, enquanto problema de saúde pública. Admite-se que é imprescindível saber fazer diagnósticos de situação e criar soluções para as eventuais falhas encontradas, estudar as características das populações e, conhecendo-as, capacitá-las para uma atitude participada no seu estado de saúde/doença, assim como no estado de saúde/doença da população. É essencial garantir aos utentes diabéticos igual acessibilidade de utilização à Unidade de Rastreio da RD, assim como a todas as actividades que o Projecto Sócio-Organizacional subentende no âmbito dos CSP, e equidade nos serviços que estas prestam.

Os acontecimentos relacionados com a prestação de cuidados devem ser monitorizados, avaliados com transparência e corrigidos (se necessário) à luz da governação clínica e de uma abordagem centrada no utente diabético, assegurando-lhe a satisfação.

A presente proposta de intervenção direcciona-se para a mudança comportamental numa primeira instância dos profissionais intervenientes e indirectamente dos próprios utentes numa perspectiva de responsabilização (*accountability*). A possibilidade dada aos colaboradores de contribuírem para a melhoria dos serviços com os seus conhecimentos corresponde também a uma das facetas da governação clínica.

Objectiva-se promover o planeamento de acções na monitorização de processos e o envolvimento dos técnicos de saúde participantes na delineação do plano de actividades, na definição de objectivos e dos procedimentos que lhes são subjacentes.

Trata-se de um trabalho pluridisciplinar e que intercepta proactivamente a lógica organizacional de várias estruturas, contudo só por este caminho obteremos ganhos em saúde na população diabética dos ACES do Alentejo Central I e II, resultados baseados em medidas de política de efeito lento, mas com bases de qualidade e de efectividade sustentadas. “Temos de investir mais em informação ao cidadão, na flexibilidade das soluções, no combate ao hospitalo-centrismo, na formação dos prestadores para a qualidade e excelência, na proximidade das respostas “ (Campo, 2008: 63).

Com o cumprimento do quarto objectivo específico – “sugerir medidas capazes de contribuir para a progressiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequente satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD” - por meio da definição do Projecto de Sócio-Organizacional acima deliniado, acredita-se que o objectivo geral – “Descrever e examinar a qualidade organizacional do projecto de intervenção comunitária em saúde da visão, dinamizado pela Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da RD do Distrito de Évora, sob o ponto de vista da satisfação dos utentes diabéticos dos ACES Alentejo Central I e II que realizaram Consulta de Rastreio” – foi plenamente atendido, parecendo lógico admitir que a percepção dos utentes medida pelo Modelo SERVPERF é um bom indicador da qualidade organizacional da acção alvo deste estudo, revigorando-se sempre as especificidades do contexto.

BIBLIOGRAFIA

AI-ASSAF, A. F. e SEMELE, J. A. (1993). *The textbook of total quality in healthcare*, Edições do Autor. EUA.

ALMEIDA, J. e PINTO, J. (2003). Da Teoria à Investigação Empírica – Problemas Metodológicos Gerais. In A. S. Silva e J. Madureira (Org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (cap.2). Porto: Edições Afrontamento.

Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Modelo Conceptual*. ACS. Lisboa.

ANTÓNIO, N. e TEIXEIRA, A. (2007). *Gestão da qualidade – de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Edições Sílabo. Lisboa.

ANTUNES, J. (1991). *Hospital: Instituição e história social*. Letras e Letras. São Paulo

BANK, J. (1992). *The essence of total quality management*. Prentice – hall International Inc. London.

BANK J. (1994). *Gestão da qualidade total - Colecção chefias e empresas*. Edições Cetop. Mem Martins.

BARROS, P. (1998). Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria: custos e qualidade. Encontro Anual da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, 26-27 de Novembro de 1998. pp. 1-11.

BELL, J. (2004). *Como realizar um projecto de avaliação*. 3ª Edição, Edições Gradiva. Lisboa

BISCAIA, A., MARTINS, J., CARREIRA, M., GONÇALVES, I., ANTUNES, A. e FERRINHO, P. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. 2ª Edição, Fundação AstraZeneca. Lisboa.

BISCAIA, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde de primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, **22**: 67 – 79.

BRANCO, A. VITOR, R. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **2**: 5 – 12.

BROOK, R. *et al.* (2000). Defining a Measuring Quality of Care: a Perspective from USA Researchers. *International Journal of Quality in Health Care*. **4**: 281-295.

CÂMARA, P., GUERRA, P., e RODRIGUES, J. (2005). *Humanator – Recursos humanos e sucesso empresarial*. 6ª Edição, Edições Dom Quixote. Lisboa.

CAMPOS, A. C. (2008). *Reformas da saúde: o fio condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

CARAÇA, M. L. (2002). *Avaliação da Qualidade nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT's) da Área de Lisboa e Vale do Tejo: Satisfação de Utentes Patologias Psicossociais*. Tese de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. 257pp.

CARDOSO, S.(2002). Capacitação dos doentes. *Actas da 2ª Conferência do Infarmed de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*. Instituto Português da Qualidade, Lisboa, Janeiro de 2002. pp. 31-37.

CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.

CARRASCO, J. P. Z. (2007). *Programa Nacional de Controlo da Diabetes – Factores que Influenciaram a Implementação e a Consecução dos seus Objectivos*. Tese de Mestrado em Saúde Pública Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. 155 pp.

CHIAVENATO, I. (1987). *Administração de recursos humanos*. Atlas. São Paulo.

CHORA, M. A. (2003). *O contexto da satisfação laboral nos profissionais de Enfermagem na Sub-Região de Saúde de Évora*. Tese de Mestrado em Ecologia Humana. Universidade de Évora, Évora. 189 pp.

CRONIN, J. e TAYLOR, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*. **58**: 125-131.

CRONIN, J. e TAYLOR, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. **56**: 55-68.

CROSBY, P. (1979). *Quality is free. The art of making quality certain*. McGraw – Hill Book Company. Nova Iorque.

DALE, B. e COOPER, C. (1995). *Qualidade total e recursos humanos*. Editorial Presença. Lisboa.

De MAN, S. *et al.* (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine*. **29**: 1109-1117.

DEMING, W. (1986). *Out of the crisis*. MIT Centre for advanced engineering study. Cambridge.

DINIZ, J. (2010). Qualidade Em Saúde - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. 3º Fórum Nacional de Saúde, Lisboa, 8-9 de Março de 2010.

DICIONÁRIOS EDITORA (2009). *Dicionário de Língua Portuguesa 2009*. Porto Editora. Porto.

Direcção-Geral da Saúde (1998). *Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética, Circular Normativa nº 7/DGCG de 4/11/98*. DGS. Lisboa.

Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP) (2003). *Estrutura Comum de Avaliação (CAF): Melhorar as organizações públicas através da auto-avaliação*. DGAP. Lisboa. (edição portuguesa de *Common Assessment Framework* 2002). Acedido em 18 de Novembro de 2009, em: <http://www.caf.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=3e7416b9-5bde-4b7c-ab98-86b1ec0f6cef>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). *Programa Nacional para a Saúde da Visão*. DGS. Lisboa.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. DGS. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Instituto de Higiene e Medicina Social-Faculdade de Medicina de Coimbra (2009). *Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal*. DGS. Lisboa. Acedido em 25 de Outubro de 2009, em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221-42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf>.

DOMINGUES, O. (2008). *Gerenciamento por Categorias e Satisfação dos Consumidores de Artigos de Higiene Pessoal e Beleza na Região do ABC*. Tese de Doutoramento em Administração. Universidade de São Paulo. São Paulo. 332 pp.

DONABEDIAN, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Volume 1. Health Administration Press. Ann Arbor

DONABEDIAN, A. (1983). The quality of care in a health member's organization: A personal view. *Inquiry*. **20**: 2-14.

DONABEDIAN, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*. **1**: 3-11.

DONABEDIAN, A. (1991). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. *QRB Qual Rev Bull*. **19**: 78.

DRUCKER, P. (1990). *As Organizações sem fins lucrativos*. Difusão Cultural. Lisboa:

FACHADA, M. O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. 3ª edição, Edições Rumo Lda. Lisboa.

FADEL, M. e FILHO, G. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*. **43**: 07-22.

FALCÃO, I., PINTO, C., SANTOS, J., FERNANDES, M., RAMALHO, L., PAIXÃO, E. e FALCÃO, J. (2008). *Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede de Médicos Sentinela*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. **24**: 679-692.

FEIGENBAUM, A. (1949). *Total quality control*. McGraw-Hill. Nova Iorque.

FERREIRA, P. (1999). *A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar – Questionário EUROPEP*. 1º Edição, Direcção Geral de Saúde. Lisboa.

FERREIRA, P., LUZ, A., VALENTE, S., RAPOSO, V., GODINHO, P. e FELÍCIO, E. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **2**: 53 – 61.

FERREIRA, P. e LOURENÇO, O. (2003). Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **3**: 81-91.

FERREIRA, P. e SANTANA, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **21**: 15-30.

FERREIRA, P., RAPOSO, V. e GODINHO, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. União Europeia – Fundos Estruturais/Programa Operacional Saúde – Saúde XXI/Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra/IQS. Lisboa.

FERREIRA, P. e ANTUNES, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Coimbra.

FILÍPE, M. H. (1999). *Contributos para a Avaliação Objectiva da Qualidade do Funcionamento dos Hospitais*. Tese de Mestrado em Administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. pp. 202.

FODDY, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e prática da construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Edições Celta. Lisboa.

FORTIN, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 5ª Edição, Lusociência. Loures.

FORTUNA, A. et al. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **19** (2): 55-74

FRANCE, C. (2004). Health contribution to local government planning. *Environmental Impact Assessment Review*, **24**: 189-198.

FREITAS, A. e COZENDEY, M. (2008). Um Modelo SERVPERF para Avaliação de Serviços Hospitalares. *XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – a integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável*. Rio de Janeiro, 13 a 16 de Outubro de 2008. pp. 1-13-

GARVIN, C. e TROPAN, J. (1992). *Social Work in contemporary*. Prentice-Hall International, Inc. Society. Englewood Cliffs

GARVIN, D. (1993). *Managing Quality: the strategic and Competitive edge*. The Free Press. New York.

GIRALDES, M. (2007). Avaliação da eficiência e da qualidade em centros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **25**: 31–50.

GIRALDES, M. (2001). Equidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/06, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **19**: 15–26.

GODINHO, M. e NETO, S. (2001). *Qualidade: uma prática secular*. Secretariado para Modernização Administrativa. Lisboa.

GRAÇA, L. (1999), Satisfação profissional: O Melhor do SNS Somos Nós. *Textos sobre Saúde e Trabalho*. Acedido em 12 de Outubro de 2009, em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos26.html>.

GRYTEN, J., CARLSEN, F. e SKAU, I. (2008). Services production and patient satisfaction in primary care. *Science Direct – Health Policy*, 1-12.

GOUVEIA, M. e OLIVEIRA, P. (2007). Diabetes: os custos da doença [Versão electrónica]. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2: 22-27. Acedido em 10 de Novembro de 2009, em: http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf.

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009). *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma do Cuidados de Saúde Primários: Acontecimento Extraordinário*. GCRCS. Lisboa.

GUERRA, Maria Cristina (1994). *O Grau de Satisfação do Utente – um indicador de qualidade: estudo realizado no IPOFG, Centro de Lisboa*, Tese de Mestrado em Administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

GUPTA, H. (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Providers. Perspective. *Journal of Management Journal*. **8**: 18–28.

HALAL, I. (1994). Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, **28**: 131–136.

HATCHER, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS(R) system for factor analysis and structural equation modeling*. SAS Institute. Cary, NC.

HILL, M. e HILL, A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição, Edições Sílabo. Lisboa.

HILLMAN, B., AMIS, E. e NEIMAN, H. (1994). The Future Quality and Safety of Medical Imaging: Proceedings of the Third Annual ACR FORUM. *Journal of the American College of Radiology*. **1**: 33-39.

IMPERATORI, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*. Edições Edinova. Lisboa.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística e Direcção-Geral da Saúde (1999). *3º Inquérito nacional de saúde 1998-1999*. INSA. Lisboa.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística e Direcção-Geral da Saúde (2006). *4º Inquérito nacional de saúde 2005-2006*. INSA. Lisboa.

International Diabetes Federation (2006). *Diabetes Atlas – 3rd Edition*. IDF. Brussels. Acedido em 2 de Janeiro de 2010, em: <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF-Africa-Media-Poster.pdf>.

International Diabetes Federation (2003). *Diabetes Atlas – 2nd Edition*. IDF. Brussels. Acedido em 16 de Dezembro de 2009, em: <http://www.diabetesatlas.org/book/export/html/37>

JAVEAU, C. (1978). *L'enquête par questionnaire*. Université de Bruxelles. Bruxelles.

JURAN, J. e GRAYNA, F. (1990). *Juran – Controle de Qualidade, Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade*. Makron Books do Brasil Editora Lda. São Paulo

JURAN, J. (1991). Movimento da Qualidade a nível mundial. *Quality Progress*, Dezembro: 19-24.

LANDRUN, H., PRYBUTOK, V. e ZHANG, X. (2007). A comparison of Magal's service quality instrument with SERVPERF [Versão electrónica]. *Science Direct - Information and Management*, **44**: 104-113. Acedido em 2 de Dezembro de 2009, em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?id=1223891>.

LEAL, R., REQUEIJO, J. e PEREIRA, Z. (2009). Uma visão global sobre a qualidade em serviços. In M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Número 0* (pp. 79-94). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

LOPES, H. (2000). Para uma melhoria contínua de qualidade na saúde. *Actas da 1ª Conferência Comissão Sectorial da Saúde do Instituto da Qualidade em Saúde*. Instituto Português da Qualidade, Lisboa. pp. 9-14.

LOPES, H. (2008), *Medição da Percepção da Qualidade de Serviços: Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde*. Tese de Doutoramento em Gestão, Universidade de Évora. Évora. pp. 238.

LOPES, S. e SARAIVA, M. (2009). Qualidade e certificação: aplicação empírica numa organização certificada pela norma ISO 9001. In M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Número 0* (pp. 194-219). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

MADEIRA, A. e ABREU, M. (2004). *Comunicar em Ciência: como redigir e apresentar trabalhos científicos*. Escolar Editora. Lisboa.

MAIA, M., SALAZAR, A. e RAMOS, P. (2007). A Adequação dos Modelos SERVQUAL e SERVPERF na Medição da Qualidade de Serviço: o caso da RAR imobiliária. Acedido em 2 de Dezembro de 2009, em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2232551>.

MAROCO, J. (2003). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 2ª Edição, Edições Sílabo. Lisboa.

MARTINEZ, M. (2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Acedido em 10 Janeiro de 2010, em <http://www.scribd.com/doc/4566798/SF36>.

MCKAY, N. (2000). *Improving Quality and Performance in the New NHS*. NHS Indicator Project, Department of Health. London. Acedido em 1 de Novembro de 2009, em: <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/hlpi2000/hsc.html>.

MEZOMO, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. Manole. São Paulo.

MIRANDA, D. (2010). *Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Utentes/Doentes/Clientes dum Hospital Privado da Região de Lisboa. O Caso de Três Serviços de Imagiologia*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora em parceria com a ESTeSL. Évora. pp. 182.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006a). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. MCSP. Lisboa.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006b). *Metodologia de análise de candidaturas a USF*. MCSP. Lisboa.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007a). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Plano estratégico 2007-2009*. MCSP. Lisboa.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007b). *Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde*. MCSP. Lisboa.

NASCIMENTO, F. (2000). Qualidade e Valor: Uma Visão Conceptual Aplicável aos Sistemas de saúde. *Actas da 1ª Conferência Comissão Sectorial da Saúde do Instituto da Qualidade em Saúde*. Instituto Português da Qualidade, Lisboa. pp. 30-39.

Observatório Português dos Serviços de Saúde (2005). *Auditorias internas de qualidade em cuidados de saúde primários: abordagem organizacional, cultural e multidisciplinar dos centros de saúde a propósito da prevenção secundária do cancro da mama*. Acedido em 3 de Novembro de 2005, em: http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Mediacao/Qualidade/tese_mestrado_mariana_neto.htm.

NEVES, M. (2000). Guia Prático da Melhoria da Qualidade na Saúde. *Federação Nacional dos Médicos*.

NEVES, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*, Editora Pregaminha Lda. Cascais.

NOGUEIRA, M. (2008). Custos com a Diabetes [Versão electrónica]. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*. Boletim nº 4. Acedido em 13 de Dezembro de 2010, em http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=105.

NOGUEIRO, T. e SARAIVA, M. (2009). Qualidade e o modelo Common Assesement Framework (CAF): estudo empírico nos Serviços Académicos da Universidade de Évora. In M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar- Número 0* (pp. 222-237). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

NUNNALLY, J. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill. New York.

OLIVER, R. (1980). A cognitive models of the antecedents and consequences decisions, *Journal of Marketing Research*. **17**: 460-469.

OLIVEIRA, M., ROTONDARO, V., FERREIRA, J. e ROTONDARO, R. (2006). Servperf x técnica do incidente crítico: uma comparação dos modelos para determinação da satisfação de médicos com o atendimento de propagandista de laboratório farmacêutico. XXVI ENEGEP, Fortaleza, CE, Brasil, 9-11 de Outubro de 2006. pp. 1-9.

Organization for the Economic Co-operation and Development (2004). *Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project*. OCDE. Paris.

Organização Mundial de Saúde (1978). Metas da Saúde para todos no ano 2000 – Perspectiva Geral. OMS. Lisboa.

PALLIANT, J. (2001). *SPSS Survival Manual*. Allen & Unwin. Camberra.

PEREIRA, C. (2008). *Qualidade organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde e a satisfação dos utentes. O caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora em parceria com a ESTeSL. Évora. pp. 190.

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 2ª Edição Revista e Ampliada, Edições Sílabo. Lisboa.

PINTO, M. (2008). *Contributos para a Análise da Qualidade Organizacional de um Departamento Clínico de Uma Instituição*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora em parceria com a ESTeSL. Évora. pp. 153.

PIRES, A. (2000). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.

PIRES, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª edição, Edições Sílabo, Lda. Lisboa.

PIRES, A. (2007). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª edição, Edições Sílabo, Lda. Lisboa.

PISCO, L. (2000). Missão, Visão, Princípios e Valores. *Qualidade em Saúde*. **1**: 3 – 4.

PISCO, L. e J. BISCAIA (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **2**, 43 – 51.

PISCO, L. (2002). Qualidade em Saúde: IQS 3 anos de Qualidade. *Qualidade em Saúde*. **6**: 4 – 6.

PISCO, L. (2004). *MoniQuOr 2004: Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*. Volumes 4-6, Ministério da Saúde e IQS. Lisboa.

Portal de Saúde Pública (2009). *Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (12 de Setembro de 1978)*. Acedido em 2 de Dezembro de 2009, em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

Observatório Nacional da Diabetes (2009). *Diabetes: Factos e Números – Relatório Anual*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia/Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10 anos OPSS| 30 anos - Relatório da Primavera 2009*. OPSS/Escola Nacional de Saúde Pública/Centro de Estudos e Investigação em Saúde – Universidade de Coimbra/Universidade de Évora. Lisboa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde - Relatório da Primavera 2001*. OPSS. Lisboa.

Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos - Volume I – Prioridades*. DGS. Lisboa.

Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos - Volume II – Orientações Estratégicas*. DGS. Lisboa.

QUINTINO, P. e SARAIVA, M. (2010). Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS. In C. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Qualidade e saúde: perspectivas e práticas – Número Temático 1* (pp. 65-92). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*, 3ª Edição, Edições Gradiva. Lisboa.

RAMOS, V. (2009). Governação Clínica e de Saúde – como fazer? *Health Action 21*. Acedido em 31 de Agosto de 2010 em <http://healthaction21.eu/node101>.

RAMOS, V. (2009). Princípios e objectivos. *Health Action 21*. Acedido em 31 de Agosto de 2010 em <http://healthaction21.eu/node110>.

RAMOS, V. (2009). Estratégias orientadoras. *Health Action 21*. Acedido em 31 de Agosto de 2010 em <http://healthaction21.eu/node111>.

REIS, E., SANTOS, F., CAMPOS, F., ACÚRCIO, F., LEITE, M., LEITE, M., CHERCHIGLIA e SANTOS, M. (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. **6**: 50 – 61.

ROCHA, J. (2001). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. INA. Oeiras.

RODRIGUES, J. (1998) - *Monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde*. Direcção - Geral da Saúde. Lisboa.

RODRIGUES, J.; BISCAIA, J.L.; MINISTRO, L. e PISCO, L. (1999). *MoniQuor - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*. 2ª edição, Direcção-Geral de Saúde, Sub-Direcção-Geral para a Qualidade. Lisboa.

RUAS, M. (2008). Custos para a Sociedade por Perda de Produção [Versão electrónica]. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*. Boletim nº 4. Acedido em 13 de Dezembro de 2009, em: http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=99.

SAKELLARIDES, C.(2003). Prefácio. In P. Ferreira [et al.], *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. pp. 4-6. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.

SALE, D. (1998). *Garantia da qualidade nos cuidados para os profissionais da equipa de saúde*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. Lisboa.

SALOMI, G., MIGUEL, P. e ABACKERLI, A. (2005). SERVQUAL X SERVPERF: Comparação entre Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos. *Gestão e Produção*. **12**: 279 – 293.

SANTOS, M. (1994). *A avaliação dos serviços de saúde: alguns aspectos*. DEPS. Lisboa.

SCOTTI, D. HARMON, J. AND BEHSON, S. (2007). Links Among High – Performance Work Environment, service Quality, and Customer Satisfaction: An Extension on the Healthcare Sector. *Journal of Healthcare Management*. **52**(2): 109-121.

SEQUEIRA, A. (2005). *Qualidade dos Serviços de Saúde: Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um estudo de Três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora em parceria com a ESTeSL. Évora. pp. 191.

SARAIVA, M. e ROLO, A. (2009). Qualidade e inovação: principais implicações nas organizações portuguesas. In M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Número 0* (pp. 95-121). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

SERAPIONI, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da saúde para a superação da polarização entre os usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*. **23**: 81–92.

SILVA, A., VARANDA, J. e NÓBREGA, S. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. Lisboa.

SILVA, C. (1985). Garantia da qualidade dos cuidados médicos hospitalares: uma perspectiva global. *Actas das VI Jornadas de Administração Hospitalar*. Lisboa Abril a Dezembro de 1985. pp. 15 – 20.

SILVA, C. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional – Uma abordagem sociológica*. Departamento de Sociologia da Universidade de Évora. Évora.

SILVA, C. et al. (2007). *Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. – Relatório Final*. Departamento de Sociologia/Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva” da Universidade de Évora. Évora.

SILVA, C. et al. (2008). *2º Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. – Relatório Final*. Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora. Évora.

SILVA, C. et al. (2009), *Relatório do Estudo da Qualidade Percbida e Satisfação dos Doentes e dos Profissionais do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.*. Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora. Évora

SILVA, C. (2010). Introdução. In C. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Qualidade e saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1* (pp. 13-18). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

SKYLER, J. (2007). *Atlas de Diabetes*. 3ª edição (edição portuguesa) – fascículo 2, Euromédice - edições médicas. Lisboa:

SOARES, J. e ALMEIDA, I. (2009). Qualidade: tendências actuais e futuras. In M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Número 0* (pp. 19-32). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 6,5% da População Portuguesa é Diabética [Versão electrónica]. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2: 51. Acedido em 12 de Novembro de 2009, em: <http://www.spd.pt/images/revistaportuguesadiabetologia/rpd%20n%BA%203%20-%202007%20-%20capa%20e%20miolo.pdf>.

SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C. e UVA, A. (2008). A Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 7: 57–65.

SOUSA, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Qualidade e saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1* (pp. 19-31). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

TROCHIM, W. (2006). *The Research Methods Knowledge Base* [Versão electrónica]. 2nd Edition. Acedido em 13 de Março de 2010, em <http://www.socialresearchmethods.net/kb/convdisc.php>

VUORI, H. (1982). Quality Assurance of Health Services. *Public Health in Europe*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

VUORI, H. (1986). Patient Satisfaction – Attribute or Indicator? *Proceedings of an International Symposim on Quality Assurance in Health Care*. Paris, 8-11 February 1986. pp. 80-87.

WALTON, M. (1994). *The Deming management method: the complete guide to quality management*, Management Book 2000 Lda USA. USA.

World Health Organization (2005). *Diabetes Programme: Data*. Acedido em 10 de Outubro de 2009, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>.

WILKINSON, A., REDMAN, T., SNAPE, E. e MARCHINGTON, M. (1998). *Managing with total quality management: Theory and practice*. McMilan. UK.

ZORRINHO, C., SERRANO, A., e LACERDA, P. (2003). *Gerir em complexidade: Um novo paradigma da gestão*. Edições Sílabo Lda. Lisboa.

Diplomas Legais:

Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de Fevereiro. Diário da República nº 38/08 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo nº 9/06 de 16 de Fevereiro. Diário da República nº 34/06 - 1ªSÉRIE-B. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo nº 10/07 de 26 de Janeiro. Diário da República nº 19/07 - 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 14223/09 de 8 de Junho. Diário da República nº 120/06 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 13793/09 de 16 de Junho. Diário da República nº 114/06 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 301/08 de 18 de Abril. Diário da República nº 77/08 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 155/09 de 16 de Fevereiro. Diário da República nº 28/09 - 1ª Série. Ministérios das Finanças, da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 275/09 de 18 de Março. Diário da República nº 54/09 - 1ª Série. Presidência do Conselho de Ministros, Ministérios das Finanças, da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros nº 60/07 de 24 de Abril. Diário da República nº 80/07 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/05 de 12 de Outubro. Diário da República nº 196/05 - 1ª Série-B. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE

A palavra qualidade deriva do étimo *qualitate* (lat.) e designa cada uma das propriedades ou caracteres, naturais ou adquiridos, que caracterizam as pessoas e as coisas e pelas quais se distinguem das outras. Por outro lado, numa segunda acepção da palavra qualidade, esta é uma das categorias fundamentais que indicam a maneira de ser (*qualis est*) de um indivíduo como elemento diferenciador da sua essência, da sua quiddidade (*quid est*), isto é, o que uma coisa é em si (AAVV, 2000).

Segundo Pires (2007), em linguagem comum, qualidade tem muitas vezes os sinónimos “excelente”, “extraordinário” e “muito bom” quando se faz referência a produtos/serviços; e “modo de ser”, “atributo” e “pertencer a um grupo” quando falamos de pessoas.

Trata-se de um termo utilizado em situações muito distintas, “sendo frequente a sua utilização no dia-a-dia, quando se empregam expressões como qualidade de vida das pessoas, qualidade do ar que se respira, qualidade do serviço prestado por uma determinada empresa, qualidade do/no ensino, qualidade da/na saúde (...)” (Saraiva e Rolo, 2009: 96).

O significado do conceito de qualidade e as diferentes vias de o “entender” sofreram modificações com o passar do tempo, evoluindo sempre na dependência directa do conhecimento, das expectativas, das percepções e das exigências do Ser Humano. Diferentes agentes influenciam directamente a definição de qualidade, como a cultura, o tipo de produto ou serviço prestado, as necessidades e as expectativas (Saraiva e Rolo, 2009).

A qualidade, tal como se apresenta hoje, é consequência de uma evolução que partiu da massificação da produção industrial. Ao pensar-se no controlo da qualidade em indústrias de produção em série, esta verificação vê-se equiparada à inspecção do produto final e à tentativa de separação de produtos defeituosos (Wilkinson, 1998). Baseado no incremento progressivo da dimensão das unidades produtivas e na consequente divisão das tarefas, este modelo atingiu o seu ápice com o taylorismo e conduziu a um progressivo afastamento entre quem produzia e quem efectivamente utilizava o bem produzido (Soares e Almeida, 2009: 20).

No decorrer da I Guerra Mundial, o risco da “não qualidade” dos produtos viu-se particularmente evidenciado no sector dos equipamentos militares. Com base nisso, surgiu a primeira actividade da função qualidade – a figura do inspector –, cuja missão era assegurar-se que os produtos cumpriam as especificações exigidas, não dando qualquer tipo de relevância a acções correctivas e/ou preventivas (Pires, 2000; 2007). “O conceito de qualidade baseava-se nas características físicas do produto, na

conformidade com as especificações para a produção, e na concepção dos produtos (...). Desenhar qualidade era, assim, tarefa do produtor e o assegurar que a qualidade era efectivamente realizada constituía uma tarefa de inspecção, muitas vezes a cargo do cliente” (Soares e Almeida, 2009: 20-21).

Para Garvin (1993), o período que separou as duas grandes Guerras representou a era do controlo estatístico da qualidade. Constatou-se na altura que qualquer processo de produção prevê variabilidade nas características da qualidade e que estas mesmas seguem leis conhecidas que permitem controlar os sistemas produtivos recorrendo a técnicas estatísticas como o Controlo Estatístico do Processo e o Controlo por Amostragem (Bank, 1992). Pires (2000; 2007) afirma que uma grande parte do conteúdo das actuais normas de controlo por amostragem foi criada e desenvolvida no período em questão, sendo o uso universalizado das técnicas estatísticas um dos principais agentes de sucesso de qualquer programa de melhoria da qualidade.

Com a II Grande Guerra, a utilização de tecnologias e materiais não testados juntamente com o enviesamento à normalidade dos processos que conduzem à obtenção de produtos com características muito próximas dos limiares inferiores das pormenorizações, trouxe à tona falhas relacionadas com o deficiente e insuficiente controlo da concepção (Pires, 2007). “O surto de crescimento económico e de desenvolvimento tecnológico que se seguiu ao final da Segunda Guerra Mundial, esteve na origem (...) dos significativos acréscimos de concorrencialidade dos mercados e da exigência dos consumidores em relação à qualidade dos bens adquiridos, em particular no que respeitava à sua adequação ao uso” (Soares e Almeida, 2009:21).

Em meados da década de 50, subjacente ao estabelecimento dos grandes investimentos (indústrias nuclear e petroquímica, de defesa e de exploração do espaço), viu-se institucionalizada a garantia da qualidade baseada na exigência dos compradores aos respectivos fornecedores. Instaurava-se a era da garantia da qualidade e a partir deste momento a devida cultura disseminou-se para outros sectores industriais e, à medida que a competitividade se acentuava, para a área dos serviços. Perante uma realidade em que a oferta é superior à procura e em que os consumidores se revelam cada vez mais exigentes, a qualidade tornou-se um factor chave, em detrimento da quantidade (Pires, 2000, 2007). “Qualidade passou a significar assegurar a satisfação das necessidades do cliente” (Soares e Almeida, 2009).

A partir dos anos 80, com o surgimento de novas teorizações e práticas na área da qualidade assistiu-se à emergência do conceito da Gestão pela Qualidade Total

(*Total Quality Management – TQM*). Esta noção demonstra que a qualidade deixa de ser um problema exclusivo da produção, transportando-se para a dimensão da gestão, também (Rocha, 2001). Para Juran (1991), a TQM não é mais do que um conjunto de acções necessárias à garantia de qualidade da classe mundial (*world-class*). De acordo com McAdam e Leonard (2001, cit. Pereira, 2008), o pilar da TQM passa pela ligação estratégica aos objectivos da organização, pela compreensão e satisfação dos clientes, pelo envolvimento dos trabalhadores de todos os níveis organizacionais, pela motivação da gestão de topo para a qualidade e pela percepção da organização de um conjunto de processos que incorporam relações do tipo clientes /fornecedores. A orientação para o cliente baseada na simples preocupação com a satisfação de necessidades é acrescida da pesquisa sobre expectativas; a decisão é descentralizada passando a ocupar todos os níveis hierárquicos e o trabalho em equipa e a melhoria contínua tornam-se princípios fundamentais (Rocha, 2001).

Em 1987, sobretudo após a publicação da série de normas ISO (*International Organization for Standardization*) 9000, assistiu-se à consolidação do conceito de garantia de qualidade, o qual foi progressivamente alargado a outro tipo de indústrias e a outros sectores de actividade, que não somente a indústria da defesa e o desenvolvimento de grandes projectos civis (Soares e Almeida, 2009). “A relevância que a garantia da qualidade tem vindo a assumir vem colocá-la como parte integrante da gestão da empresa, constituindo um seu sub-sistema. Daqui resulta a utilização da palavra gestão associada à qualidade” (Pires, 2007: 32).

Contudo, no período em questão, países como a Coreia, Hong-Kong e Singapura afrontaram a concorrência ocidental imitando a sua tecnologia, mas com custos de mão-de-obra muito inferiores, o que lhes permite lançar no mercado produtos mais baratos com a mesma qualidade. “Para dar resposta a esta nova preocupação, outros tipos de ferramentas da qualidade foram desenvolvidas, entre as quais o QFD (*Quality Function Deployment*) e as sete novas ferramentas de gestão da qualidade: Diagrama de Afinidades, Diagrama em Árvore, Diagrama de Relações/inter-Relações, Matrizes de Prioridade, Diagrama de Matriz, Gráfico de Decisão do Processo e Diagrama de Actividades” (Soares e Almeida, 2009: 22).

Na década seguinte emerge um novo modelo – “*Service Profit Chain*” -, que tem em conta a especificidade dos serviços. Desenvolvido por Heskett, Sasser e Schelessinger, a sua ideia central é a de que a qualidade deve ser vista de uma forma dual, integrando os conceitos de qualidade externa e qualidade interna. Trata-se do primeiro modelo integral e operacional que contempla a visão sistémica da organização e onde são assumidas explicitamente relações cooperativas/conflituais entre provedores e recipientes de serviços (Nascimento, 2000). Contemporaneamente,

os EUA e a Europa foram palco do desenvolvimento de modelos de excelência empresarial (*Malcom Baldrige Award* e *EFQM Excellence Award*, respectivamente), os quais foram concebidos como referenciais para a atribuição de prémios de excelência, mas rapidamente se converteram em ferramentas de melhoria da gestão global das organizações (Soares e Almeida, 2009: 21).

De acordo com Soares e Almeida (2009), na sequência destes factos desenvolveram-se referenciais para outros sistemas de gestão relevantes, como o Ambiental, a Higiene e Segurança no Trabalho e Responsabilidade Social. “Embora o começo da garantia da qualidade esteja ligado a áreas vitais (nuclear, defesa, espaço, ...), a sua extensão a outras indústrias de produção em série, destas aos seus fornecedores, das indústrias aos serviços privados e públicos, tem vindo a intensificar-se e a diversificar-se à medida que os processos se tornaram mais complexos, os consumidores mais exigentes e a competitividade maior (Pires, 2007: 32). “Porém, ao contrário do que sucede na qualidade industrial, continua a existir no sector dos serviços (...) uma ausência de paradigma que sustente de modo claro uma noção razoavelmente unívoca de qualidade” (Lopes, 2000).

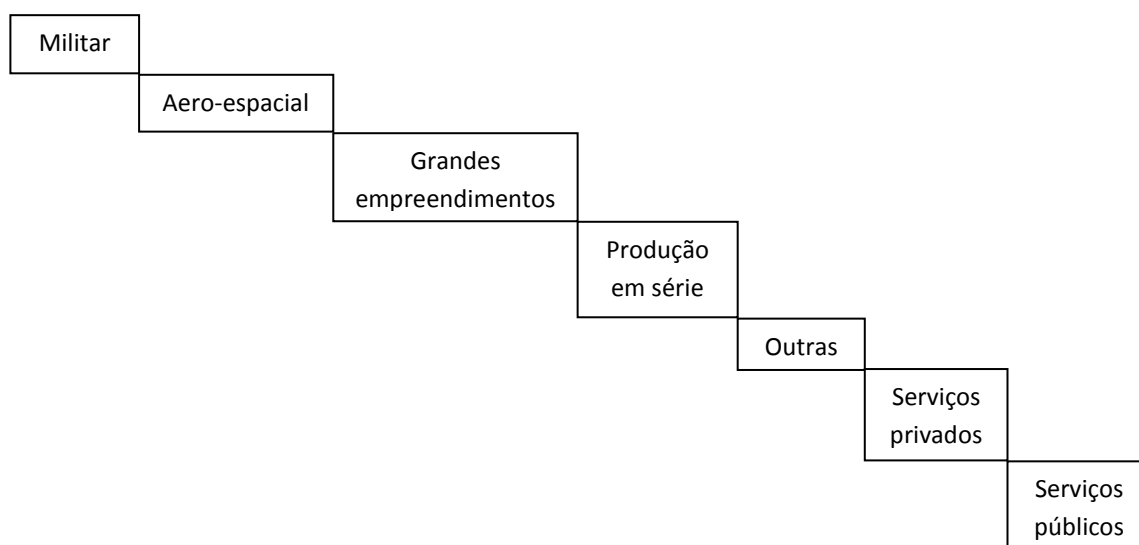
Os mesmos autores, Soares e Almeida (2009), afirmam que o final do séc. XX é marcado pela capacidade das organizações captarem as necessidades de todos os clientes e de as incorporar num produto e serviço *standard*, para depois as transformar em versões personalizadas, adaptadas às necessidades específicas de cada um.

Las Casas, referido por Fadel e Filho (2009) define, em 1999, que as dimensões da qualidade nos serviços são:

Confiabilidade — é importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;

Segurança — clientes querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários;

Garantia da Qualidade - extensão



Fonte: Adaptado de Pires (2007).

Aspectos tangíveis — os aspectos físicos que circundam a actividade de prestação de serviço também têm sua importância como factor de influência, como são as instalações, os equipamentos, a aparência dos funcionários etc.;

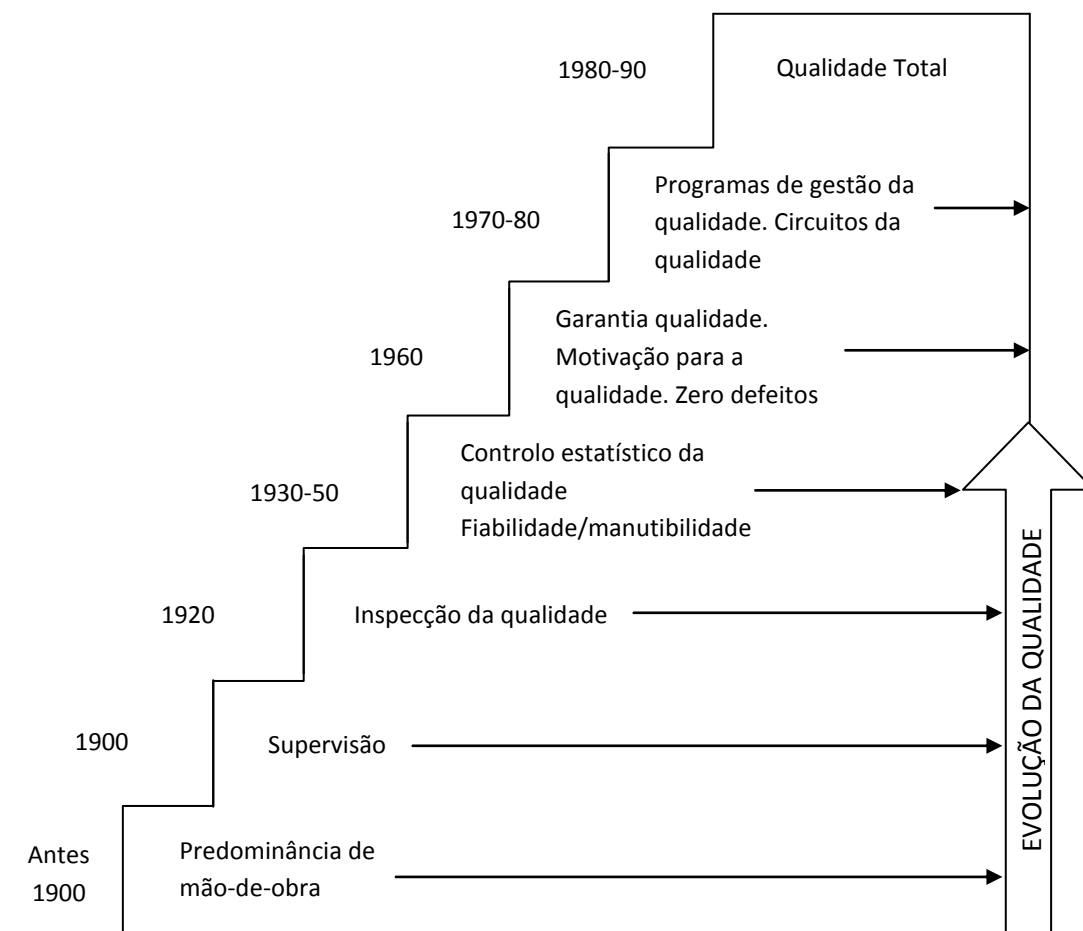
Empatia — grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, como a capacidade de se colocar no lugar dos outros e a receptividade, que corresponde à disposição em ajudar os clientes e ser prestável no serviço.

A este respeito, Pires (2000) salienta ainda que “a qualidade está a ganhar, definitivamente, o estatuto de disciplina do conhecimento técnico-científico. (...) Não é mais uma actividade de entusiastas. A garantia da qualidade tornou-se, hoje, uma tarefa complexa. Tanto mais complexa quanto os consumidores podem entender a qualidade de maneiras diferentes” (Pires, 2000: 19).

Nesta linha de pensamento e de acordo com o autor supra referido, a evolução do conceito de qualidade pode apresentar-se resumidamente por meio do esquema que se segue.

“No contexto organizacional, qualidade é um factor fundamental que tem que ser considerado na «vida» das organizações” (...) e que as permite evoluir com base nos seguintes elementos basilares: “fazer bem, saber exigir e continuamente melhorar” (Lopes e Saraiva, 2009: 194-195).

Representação da Evolução do Conceito de Qualidade ao longo do tempo



Fonte: Adaptado de Pires (2007).

Com as novas tecnologias, os consumidores acedem a um mercado virtual à escala global, onde as inúmeras opções existentes os tornam mais exigentes e difíceis de fidelizar. Qualidade é, neste momento, surpreender o cliente, excedendo as suas expectativas por meio de um complemento de serviços cada vez mais sofisticados (Soares e Almeida, 2009).

De acordo com Mezomo (2001), as empresas que quiserem sobreviver com sucesso deverão adoptar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho. Neste contexto, refere Câmara *et al.* (2005: 215) que “As estruturas organizacionais não são imutáveis. As alterações da envolvente externa e a forma de organização do trabalho, internamente, exigem alterações de estrutura”.

Pioneiros na Gestão da Qualidade

“A evolução histórica dos conceitos da qualidade tem estado muito referenciada ao entendimento de alguns autores e, essencialmente, na ênfase que colocam em aspectos particularmente importantes da qualidade...” (Pires, 2007: 33).

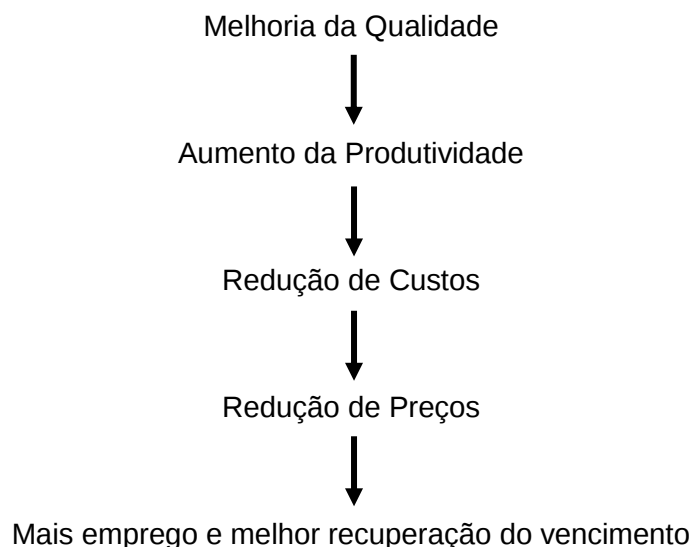
W. Edwards Deming (1900-1993)

Edwards Deming, o matemático e estatístico que no pós-guerra ensinou o Japão a produzir com qualidade (Silva *et al.*, 2004).

Após ter completado os seus estudos universitários (Matemática; mestrado em Física e Matemática), Deming foi para o Japão, no ano de 1947, ajudar o governo de ocupação do general MacArthur a preparar um censo. Três anos mais tarde, já patrocinado pela União de Cientistas e Engenheiros Japoneses, falava neste país para directores de empresas, governo e comunidade comercial em geral sobre avançadas técnicas de controlo estatístico de qualidade. Influenciou primeiro a América, com os grupos Deming dedicados à compreensão e promoção da abordagem de Deming à qualidade, seguiu-se o resto do mundo (Bank, 1994).

Para o autor mencionado, o cliente é sempre a parte mais importante do processo. “A qualidade deverá ser atingida às necessidades presentes e futuras do consumidor” (Deming, 1986). “Qualidade é tudo o que cliente necessita e quer” (Deming 1992, cit. Saraiva e Rolo, 2009: 97). Segundo Mezomo (2001), o estudioso em causa não aceita a “ausência de defeitos” de Crosby, uma vez que a classifica como um ideal inatingível, caracterizando qualidade à imagem de semelhança da “redução nas variações” como fundamento para a contínua e permanente melhoria”. A sua forma de encarar o conceito é esmiuçada por Lopes e Saraiva (2009: 195) da seguinte forma: “A qualidade, *per si*, consiste num processo que para ser possível de aplicação, deve estar definido nos respectivos parâmetros, em que se verifica um padrão de actuação, que engloba um conjunto de procedimentos” (Lopes e Saraiva, 2009: 195).

O Modelo de Deming repta a abordagem do modelo tradicional e propõe uma cujo ponto de partida são as necessidades e as expectativas dos consumidores, objectivando melhorar a qualidade. O modelo em questão apresenta-se da seguinte forma:

Modelo de Deming

Fonte: Adaptado de Al-Assaf e Schmele (1993)

Deming (1991 - cit. Silva *et al.*, 2004) aponta como factor chave de sucesso, na fase inicial de implementação de projectos de qualidade, o envolvimento da gestão de topo. “Não é suficiente que os gestores de topo se comprometam para a vida com a qualidade e a produtividade. É preciso que conheçam aquilo com que se comprometem (...). Não basta apoio: é exigida acção.”

Referido por Walton (1994), Edwards Deming (1991) enunciou catorze itens de abordagem à qualidade total, os quais a gestão deveria acolher com o intuito de encaminhar para o sucesso as organizações que lidera.

O mesmo autor (1991, cit. Silva *et al.*, 2004) definiu as cinco doenças mortais da gestão.

Além dos “Catorze Princípios da Gestão” e das “Cinco Doenças Mortais da Gestão”, Deming popularizou o Ciclo de PDCA (Ciclo de Shewhart ou Ciclo de Deming). Trata-se de uma abordagem sistemática que auxilia a organização a gerir de forma superior a melhoria contínua de produtos e processos. O ciclo requer a definição de um plano (Plan) - fase em que se analisam as áreas/actividades que queremos melhorar; a sua execução (Do) – fase de implementação da mudança/melhoria; a verificação dos resultados (Check) – fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; e a definição das acções em função destes (Act) – fase em que se toma a decisão sobre o seu resultado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade (Jackson, 2001; Walley; Gowland, 2004 –cit. Sousa, 2010).

Os Catorze Princípios da Gestão, segundo Deming.

Criar recursos permanentes para a melhoria de produtos e serviços.
Adoptar novas formas de gestão.
Dar prioridade à prevenção e não à inspecção, controlando a qualidade por amostragem.
Acabar com a escolha dos fornecedores com base apenas num único critério, o do preço. É importante desenvolver relações duradouras com os fornecedores.
Apostar na melhoria constante e permanente do sistema de produção.
Inserir novos modelos de formação.
Instituir as novas formas de liderança.
Eliminar o medo do estilo autoritário, encorajando a comunicação.
Eliminar barreiras entre departamentos, fomentando o trabalho em equipa e instituindo-se os Círculos de Qualidade.
Eliminar <i>slogans</i> e metas numéricas.
Abandonar a gestão por objectivos com base em indicadores qualitativos.
Não classificar, nem ordenar o desempenho dos trabalhadores.
Instituir um programa de educação.
Estruturar a gestão de modo a cumprir os 13 pontos anteriores e obter o empenho de todos na mudança.

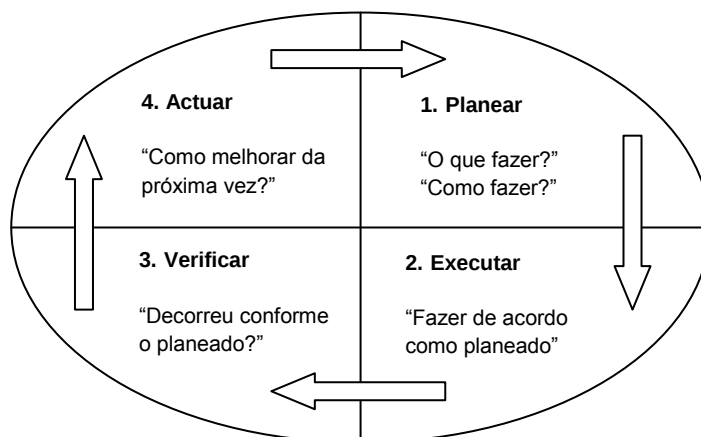
Fonte: Adaptado de Deming (1986; Pires, 2007).

As Cinco Doenças Mortais da Gestão, segundo Deming.

Falta de constância de objectivos, com a constante insegurança da gestão e dos empregados.
Ênfase nos proveitos de curto prazo.
Avaliação do trabalho pela produção, classificação pelo mérito ou revisão anual do desempenho, com efeitos devastadores, por destruir o trabalho em equipa e alimentar a rivalidade.
Mobilidade dos gestores, conduzindo ao não entendimento da empresa onde se trabalha e ao não empreendimento de mudanças de longo prazo que são imprescindíveis para a qualidade e a produtividade.
Condução de uma empresa apenas com dados visíveis. Os números mais importantes são desconhecidos ou insusceptíveis de ser conhecidos, como é o caso do efeito multiplicador de um cliente satisfeito.

Fonte: Adaptado de Deming (1991, cit. – Silva *et al.*, 2004).

Ciclo PDCA/Ciclo de Shewhart/Ciclo de Deming



Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2004)

O Ciclo PDCA aplica-se tanto a processos estratégicos de alto nível como a actividades operacionais simples (Silva *et al.*, 2004). Esta metodologia é talvez “a que mais fácil e difusamente foi assimilada e adaptada à área da saúde, sendo frequentemente utilizada como processo de «melhoria contínua continua da qualidade» dos cuidados de saúde, em diversos sistemas de saúde” (Van Tiel *et al.*, 2006; Wheatland *et al.*, 2006 – cit. Sousa 2010).

De acordo com a actual Direcção Geral da Administração Pública (DGAP) (2003), para que a melhoria aconteça é essencial que as organizações tenham um tipo de gestão baseada em:

- Acções planeadas e não reactivas às circunstâncias;
- Avaliações permanentes dos seus resultados, as quais servem para ajustar constantemente o seu modo de funcionamento.

Sobre este item específico, Peter Druker (1996 – cit. Silva, 2004:28) afirma que “A inovação sistemática consiste pois, na procura organizada e intencional de mudanças, e a análise sistemática das oportunidades que tais mudanças podem proporcionar à inovação económica e social”.

Joseph Juran (1904-2008)

“Juran popularizou a “aptidão ao uso”” (Pires, 2007: 33)

A par de Deming, Juran é considerado o pioneiro da revolução da qualidade no Japão, tendo sido ele que “deixou maior legado ao nível da literatura da gestão” (Dale e Cooper, 1995).

Tornou-se célebre na década de 50 com a publicação do Manual de Controlo da Qualidade - *Quality Control Handbook* – e fixou-se, posteriormente, no Japão para pôr em prática os ensinamentos que este encerra. A mensagem fundamental que deixou aos gestores japoneses foi a de que o controlo de qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis e que não se cinge ao trabalho dos especialistas do departamento do controlo de qualidade, dado que a qualidade do produto resulta do trabalho de todos os departamentos da organização. O autor acredita que “a qualidade acontece por meio de projectos – projectos de melhoria de qualidade estabelecidos em todas as dimensões da organização” (Bank, 1994). Defende que “a qualidade não tem apenas como fim último responder às necessidades tecnológicas, mas sim às necessidades estratégicas inerentes a determinado negócio e para tal a gestão de topo tem que estar envolvida” (Juran, 1988 - cit. Lopes e Saraiva, 2009: 195).

Juran é igualmente conhecido pelos três processos básicos que definiu em torno da qualidade (Juran, 1990):

Trilogia de Juran:

- Planeamento: desenvolvimento do produto e processo necessários para satisfazer as necessidades do consumidor;
- Controlo: avaliação do nível da *performance* implementada na organização;
- Melhoria: atitude dominante de acreditar que o nível actual de desempenho não é o pretendido e que algo pode ser feito para o melhorar.

De acordo com Bank (1994; Garvin, 1992), este autor define qualidade como “adequação ao uso” e elege esta definição à de “conformidade com a especificação”. “Um produto perigoso pode estar em conformidade com as especificações, mas continuar impróprio para uso” (Bank, 1994; Garvin, 1992).

Outro contributo muito válido do autor em causa assenta no conceito de *management breakthrough* – gestão da inovação. Tal conceito parte da ideia de que a tradicional inspecção deve ser substituída por gestão pela prevenção, na medida em que a primeira pressupõe que o desempenho não pode ser otimizado, enquanto a segunda assume que o conceito de gestão é o de tentar, continuamente, alcançar o melhor desempenho possível para a organização (Pires, 2004).

A Gestão para a Qualidade Total é abordada por Juran em dez pontos:

Os Dez Princípios da Gestão da Qualidade Total

Criar consciência da necessidade e oportunidade de modo a melhorar a qualidade.

Estabelecer metas para o aperfeiçoamento contínuo.

Construir uma organização cujo objectivo seja o de atingir metas, estabelecendo um conselho de qualidade, identificando problemas, seleccionando um projecto, indicando equipas e escolhendo auxiliares.

Possibilitar a formação contínua em exercício.

Completar projectos para resolver problemas.

Dar informação sobre o projecto.

Mostrar reconhecimento.

Comunicar resultados.

Manter um registo dos êxitos.

Incorporar as melhorias anuais nos sistemas e processos regulares da empresa

Fonte: Adaptado de Pires, 2000.

Philip B. Crosby (1926-2001)

“Crosby acentuou os aspectos ligados à «conformidade», «qualidade não custa nada» e «zero defeitos» ” (Pires, 2007: 33)

Philip Crosby, que define qualidade como “a conformidade dos requisitos”, afirma, num dos livros que publicou - *Let's talk about quality* (1989) - que, “a melhoria da qualidade não se inicia para reduzir os custos, mas para satisfazer as necessidades dos clientes e melhorar a condição da campanha” (Crosby, 1989 - cit. Neves, 2000). A perspectiva de Crosby (1979), referida por Lopes e Saraiva (2009: 195), é a de que “A qualidade consiste em estar em conformidade com determinados requisitos e o principal objectivo são zero defeitos.”

O autor argumenta que os custos da prevenção serão sempre inferiores aos da correcção, afirmando que “a Qualidade é gratuita, (...) o que custa dinheiro são as coisas sem qualidade – todas as acções que envolvem não fazer bem à primeira vez” (Crosby, 1979). Com base no conceito de “zero defeitos”, Crosby interpreta qualidade como concordância com os preceitos pré-estabelecidos, dizendo que “Qualidade é fazer com que todos façam o que acordaram previamente fazer” (Crosby, 1979).

Para que seja possível avaliar até que ponto uma determinada organização começa a integrar a gestão da qualidade no seu próprio processo de gestão geral, pode usar-se a seguinte grelha de maturidade, concebida pelo “guru” da qualidade a que nos estamos a referir (Pires, 2007):

IGrelha de Maturidade

(Grau de integração da gestão da qualidade numa organização)

Incerteza: Quando a gestão não tem conhecimento da qualidade como uma ferramenta positiva de gestão.

Despertar: Quando a gestão começa a reconhecer que a gestão da qualidade pode ajudar mas não lhe afecta recursos.

Clarificar: Quando a gestão decide introduzir um programa formal de qualidade.

Saber: Quando a gestão e a organização atingem o estado em que mudanças permanentes podem ser feitas.

Certeza: Quando a gestão da qualidade é uma parte vital da gestão da empresa.

Fonte: Adaptado de Pires, 2007.

As etapas para a implementação de um programa de melhoria da qualidade são definidas por Crosby (s.d. – cit. Godinho e Neto, 2001), por meio de catorze passos:

Os Catorze Passos Para a Melhoria da Qualidade (segundo Crosby)

1. Compromissos da gestão de topo em relação à qualidade.	8. Formação dos responsáveis e inspectores.
2. Equipas de melhoria da qualidade.	9. Instituir a máxima "zero defeitos".
3. Medida da qualidade.	10. Definição de objectivos.
4. Avaliação do custo da não qualidade.	11. Eliminar as causas dos erros.
5. Tomada de consciência das necessidades da qualidade.	12. Reconhecimento.
6. Acções correctivas.	13. Círculos de Qualidade.
7. Planear um programa "zero defeitos".	14. Recomeçar e progredir sempre.

Fonte: Adaptado de Godinho e Neto, 2001.

Apesar dos autores supra referidos serem considerados os “gurus” da qualidade, outros há a destacar neste âmbito, tais como Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Taiichi Ohno e Genichi Taguchi (Pires, 2007):

- Feigenbaum (1922-) criou o conceito de «controlo total da qualidade», ou CWQC (*company wide quality control*);

“(…) como forma de produzir bens ou prestar serviços mais economicamente, satisfazendo o consumidor” (Lopes e Saraiva, 2009: 195).

- Ishikawa (1915-1989) acentuou os aspectos do trabalho em grupo e as ferramentas que lhe estão associadas;

“(…) tem de existir um envolvimento generalizado de todos os intervenientes da organização em que a qualidade tem de ser aplicada em todo o circuito, desde a produção do bem ou prestação de serviço até ao seu consumidor final” (Ishikawa, 1985 – cit. Lopes e Saraiva, 2009: 195)

- Ohno (1912-1990) criou o conceito de JIT (*Just In Time*). As suas técnicas de produção foram a base do que hoje se chama *produção magra* (*lean production*)
- Taguchi (1924-) definiu a qualidade através dos custos causados à sociedade por produtos defeituosos. Definiu como objectivos para a engenharia da qualidade o «centramento dos processos no valor nominal e a redução da variabilidade em torno do valor nominal».

Compreendidos num ciclo temporal mais recente, estão os nomes de (Pires, 2007: 33-34):

- Shewart que estará para sempre relacionado com a introdução de técnicas estatísticas no controlo do processo;
- Weibull e Epstein, associados para sempre à fiabilidade;
- Fisher que será sempre a referência inicial do planeamento de experiências;
- Box e Montgmomery, associados aos mais recentes desenvolvimentos e aplicações estatísticas à qualidade e, nomeadamente, ao planeamento de experiências;
- Roming e Dodge ficarão associados ao controlo por amostragem;
- Garvin (ligado à gestão estratégica da qualidade (Garvin, 1987)) e Parassamaru que estarão sempre conotados à estruturação de conceitos na área da qualidade de serviços.

Segundo Barçante e Castro (1992 – cit., Caraça 2002), os ensinamentos deixados por estes “modelos” mostram que não há um caminho único e correcto para fazer crescer a qualidade, evidenciando que os seus trabalhos foram decisivos para reforçar o valor desta, generalizar a sua aceitação e difundir os seus princípios essenciais, culminando no que hoje se designa por Gestão da Qualidade e Gestão da Qualidade Total.

Grande parte da influência no sentido da gestão da qualidade tem por base a exigências dos consumidores, que se tornam cada vez mais organizados e informados. É essencial que o gestor se concentre nas prioridades e dirija a organização com uma visão clara, objectivando o cumprimento da sua missão (Neves, 2002). O gestor precisa de criar uma cultura colectiva em que produtos e serviços de qualidade, processos e pessoas sejam tomados como elementos fundamentais (Zorrinho *et al.*, 2003).

A DIABETES MELLITUS EM PORTUGAL

A DM é neste momento um dos principais problemas da saúde pública em Portugal, no entanto existe pouca informação oficial sobre a doença. Os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), as Estatísticas de Saúde e os trabalhos científicos de grupos como os Médicos Sentinela permitem a obtenção de algum conhecimento sobre a evolução da doença em território nacional (Carrasco, 2007).

Tendo em conta os dados do Quarto INS 2005-2006 (2006) da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e do Instituto Nacional de Estatística, 6,5% da população residente no Continente sofre de diabetes. As Regiões Autónomas acompanham esta tendência com valores na ordem dos 6,7% para os Açores e 4,6% para a Madeira.

Se compararmos a anterior informação estatística com o mesmo quadro de indicadores referentes aos anos 1998/1999, constata-se para a população continental um aumento de quase dois pontos percentuais (4,7%) no que concerne à prevalência de DM (INS 1998/1999, 1999). O 'Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal'¹³, realizado entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009 (população randomizada de 5173 indivíduos), revela que 11,7% (905 035) da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos é diabética, correspondendo 6,6% à proporção diagnosticada da doença e 5,1% (395 134) à não diagnosticada. "Reforça-se, assim, a convicção de uma tendência crescente da prevalência da diabetes em Portugal, estimada pela International Diabetes Federation (IDF) para 2025 em cerca de 9,8%" (IDF, 2003 – cit. DGS, 2008). A IDF estimou, ainda para o nosso país e para o mesmo ano, uma percentagem de tolerância diminuída à glicose (TDG) de 10,1% e afirmou também que se nada fosse feito no sentido de parar a progressão da doença, se verificaria um aumento desta prevalência para 10,8% (IDF, 2006 – cit. DGS, 2008). De acordo com o 'Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal' (DGS, 2009), o prevalecimento da TDG isolada é de 12,6% e da Anomalia da Glicémia em Jejum (AGJ) isolada de 8,2%. As duas situações clínicas anteriores surgem associadas em 2,4% da totalidade dos casos, sendo a prevalência da Pré-diabetes (TDG+AGJ) de 23,2% (1 782 663) em Portugal (DGS, 2009). O estudo em questão demonstra que o impacto demográfico da prevalência da Pré-Diabetes e Diabetes no nosso País se traduziu em 2 687 698 casos, para o início do ano 2009.

Dos 658 945 diabéticos residentes em Portugal Continental referidos no INS 2005/2006, 370 819 são do sexo feminino, sendo a faixa etária mais afectada por esta

¹³ Estudo da responsabilidade da DGS, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade de Coimbra, da APDP e SPD. O objectivo do estudo consistia em determinar a prevalência de DM tipo2, Anomalia da Glicémia em Jejum e Tolerância Diminuída à Glucose na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos.

doença crónica a que se situa entre os 55 e os 64 anos (178 220) (INS 2005/2006, 2006). Há uma tendência clara para o aumento da prevalência da DM com a idade (SPD, 2007). O ‘Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal’ (DGS, 2009) aponta diferenças significativas entre os sexos, sendo a DM mais prevalente nos Homens (14,2%) em detrimento das mulheres (9,5%). O grupo etário mais afectado, segundo o mesmo estudo, situa-se entre os 60 e os 79 anos (26,3%) (foram considerados três grandes grupos etários: 20-39 anos (2,4%); 40-59 anos (12,6%); 60-79 anos). Comparativamente, os Inquéritos Nacionais de Saúde 1998/1999 e 2005/2006 revelam também um aumento significativo da prevalência da diabetes em faixas etárias mais baixas, nomeadamente dos 25 aos 34 anos (0,5% - INS 1998/1999, 1999 e 1,2% - INS 2005/2006, 2006). Apenas para o grupo “Menos de 15 anos” houve uma diminuição para metade (de 0,2% para 0,1%) da percentagem de diabéticos, entre os períodos de 1998/1999 e 2005/2006 (INS 1998/1999, 1999; INS 2005/2006, 2006).

Igualmente, “a evolução de outras patologias relacionadas com a DM como a hipertensão revelou-se preocupante, crescendo quase 5% (de 14,9% para 20,0%) no período que separou os estudos, ainda mais quando se sabe que a incidência de doenças crónicas tem tendência a aumentar com a idade” (SPD, 2007). A mesma fonte de informação reflecte que, entre 2005 e 2006, 18,6% da população adulta residente no Continente sofria de excesso de peso, um dos mais importantes factores de risco para a DM. Ambos os sexos apresentavam valores significativos, sendo 20,8% o valor correspondente aos homens e 16,6% o representante da amostra feminina (INS 2005/2006, 2006). “Os valores para a pré-obesidade tiveram um aumento modesto de 0,5% nos últimos sete anos, apesar de um aumento significativo em idades mais jovens” (INS 2005/2006, 2006 – cit. SPD, 2007). Ainda segundo o INS 2005/2006, 16,5% da população inquirida era obesa (16,9% para as mulheres e 16,0% para os homens), um aumento de 2,7% face ao valor expresso pelo INS 1998/1999 - 13,8% (INS 1998/1999, 1999).

Relativamente à Diabetes Gestacional, foram codificadas 2 903 mulheres portadoras da doença no ano de 2004, em 97 521 partos efectuados em hospitais públicos portugueses (SPD, 2007).

O Relatório Anual (2009) do Observatório Nacional da Diabetes fornece-nos a informação de que a taxa de incidência global da diabetes em 2007 foi de 511 novos casos por 100 000 habitantes, oscilando esta anualmente em Portugal entre os 500 e os 700 casos (Portugal, 2009).

Um estudo da Rede de Médicos Sentinela (‘Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede

de Médicos Sentinela¹⁴), que decorreu de 01 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2007 e envolveu um total de 4583 diabéticos, demonstrou que a taxa de prevalência da diabetes tipo 1 foi estimada em 0,1% e a de tipo 2 em 5,4%, para população portuguesa residente (Falcão *et al*, 2008). O grupo etário com um número maior de casos estimados corresponde ao intervalo 65-74 anos (131 753) (Falcão *et al*, 2008).

Segundo o mesmo estudo, identificaram-se complicações¹⁵ da DM em 816 (18,7%) diabéticos tipo 2, sendo a Retinopatia Diabética (RD) a mais constante, presente em 356 (11,4%) indivíduos (poder-se-á estar a subestimar a prevalência desta complicação, uma vez que cerca de metade (48,7%) dos diabéticos não tinham ido à consulta de oftalmologia no ano anterior). A frequência da RD foi mais elevada no grupo etário 65-74 anos (28,1%), sendo de 11,6% nos homens e de 16,5% nas mulheres (Falcão *et al*, 2008). Verificou-se que 17 (0,4%) diabéticos tipo 2 apresentavam cegueira total, observando-se a maior taxa de prevalência desta situação clínica (0,6%) no grupo 65-74 anos, e que 79 (3,8%) diabéticos do mesmo tipo tinham, em 01/01/05, diminuição grave da acuidade visual não corrigível¹⁶ (a percentagem mais elevada verificava-se no grupo 80 ou + anos – 6,2%) (Falcão *et al*, 2008). No que respeita à consulta de Oftalmologia, 1790 diabéticos (48,7%) foram à consulta no ano de 2004, 821 (49,2%) homens e 969 (48,7%) mulheres (Falcão *et al*, 2008).

Os dados do INS 2005/2006 (2006) revelaram 78 403 casos de Retinopatia¹⁷, sendo a faixa etária dos “55 a 64 anos” a mais afectada (19 596) e a prevalência maior nas mulheres (42 042) do que nos homens (36 362). O Programa Nacional para a Saúde da Visão (2005) estima que um terço dos diabéticos nunca tenha sido examinado ou seja examinado com regularidade por um oftalmologista e que cerca de 15 000 diabéticos estão em risco de cegar por retina e maculopatia diabéticas (DGS, 2005). De acordo com a DGS (2007), as complicações oftálmicas representam a complicação da DM com maior aumento de números de casos (variação de 107,5%; 2000 – 1089 e 2007 - 2260) no período de 2000 a 2007, considerando os doentes diabéticos saídos dos hospitais públicos do Continente, por complicações.

Segundo as Estatísticas de Saúde apresentadas pela DGS, a DM aparece como uma das principais causas de morte em território nacional, tendo sido responsável por aproximadamente 4,1% dos óbitos ocorridos em Portugal no ano de 2008 (Portugal,

¹⁴ Os objectivos do estudo passavam por caracterizar uma coorte de diabéticos em relação ao sexo e idade; estimar a prevalência de diabetes tipo 1 e 2; caracterizar os diabéticos tipo 2 em relação à terapêutica prescrita, hábitos tabágicos e alcoólicos, ida à consulta de oftalmologia e alguns dados bioquímicos e biométricos; estimar a prevalência das complicações da diabetes tipo 2. Os dados foram analisados no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

¹⁵ A interpretação dos resultados relacionados com as complicações da diabetes deve ser cuidadosa, uma vez que o número de casos é reduzido (Falcão *et al*, 2008)

¹⁶ <1/10 no melhor olho – cegueira legal

¹⁷ Não é discriminado o tipo de Retinopatia.

2009). Se estudarmos a evolução do número de óbitos em Portugal por DM entre 2000-2008, verificamos que houve um aumento de 3133 para 4267 casos (3% para 4.1%) (Portugal, 2009).

O IMPACTO HUMANO, SOCIAL E ECONÓMICO DA DIABETES MELLITUS

O impacto socioeconómico da DM é considerável, os seus custos afectam a saúde pública, a produtividade nacional, os indivíduos portadores da doença e as suas famílias (IDF, 2003). Estes custos incluem nomeadamente os gastos de recursos resultantes de actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e investigação e desenvolvimento (Gouveia e Oliveira, 2007).

Segundo Nogueira (SPD, 2008), os estudos do impacto socioeconómico da doença analisam vários tipos de custos, agrupados em quatro grandes categorias: Custos Directos para os Sistemas de Saúde; Custos Directos para a Pessoa Portadora da Diabetes e sua Família; Custos Indirectos para a Sociedade e Custos Intangíveis. Os Custos Directos para os Sistemas de Saúde englobam custos com as consultas de cuidados de saúde primários e consultas especializadas; internamente hospitalar; atendimentos na urgência em virtude de descompensações; medicamentos; tiras-teste; seringas, agulhas e lancetas; ajudas técnicas, nomeadamente próteses em virtude de amputações e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Considerando-se já os custos mais significativos: custos com hemodiálise, na sequência de insuficiência renal crónica; custos com a patologia clínica e custos com tratamentos de fotocoagulação laser para doentes com RD.

Os Custos Directos para a Pessoa portadora de Diabetes e sua Família compreendem que a pessoa assume parte ou a totalidade dos custos de cuidados médicos, custos com medicamentos, insulina ou outros produtos, por exemplo as tiras-teste. Assume ainda encargos com seguros de saúde, automóvel ou de vida e, potencialmente, perde rendimentos obtidos através do seu trabalho, por perda de produtividade.

Relativamente aos Custos Indirectos para a Sociedade, à semelhança do que acontece com outras doenças, a Diabetes pode provocar faltas ao trabalho ou, nos casos mais complicados em que se manifesta uma incapacidade, tornar a vida profissional de um indivíduo mais curta ou mesmo provocar a sua morte. Estudos recentes revelam que os custos da perda de produtividade para a sociedade são semelhantes aos custos directos no sector da saúde como resultado da Diabetes e das complicações associadas.

No que concerne aos Custos Intangíveis ou Custos Psicossociais (incluindo o stress, a dor e a ansiedade), estes têm um impacto considerável na vida das pessoas portadoras da diabetes. São custos dificilmente mensuráveis e traduzem-se numa redução da esperança média de vida e da qualidade de vida dos indivíduos.

De acordo com a IDF (2003), estima-se que os custos anuais directos da DM nos diferentes sistemas de saúde em todo o mundo, concernentes a diabéticos entre os 20 e os 79 anos, atinjam os 153 biliões de dólares, podendo mesmo chegar aos 286 biliões.

Na Europa, um estudo levado a cabo por B. Jonsson em 2002 avalia, com dados de 1999, os custos directos da DM tipo 2 recorrendo a uma amostra de 7000 pacientes localizados em vários países europeus: Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Reino Unido. A prevalência média da DM tipo2 para a população dos vários países foi estimada em 3%, variando entre 1,7% para a Holanda e 4,2% para a Alemanha (Gouveia e Oliveira, 2007).

Os resultados da investigação de Jonsson estimam uma média de custos por doente diabético de 2834 euros, variando entre um mínimo de 1305 para Espanha e um máximo de 3576 euros para a Alemanha. De acordo com a Gouveia e Oliveira (2007), ainda que estes resultados sejam comparáveis internacionalmente, é difícil discernir dentro deles o impacto de outras condições médicas nos custos directos para pessoas com DM tipo 2 e a forma como estes variam entre países, afectando os resultados estimados.

Em países como a Zâmbia, Mali e Moçambique, os diabéticos insulino-tratados apresentam uma esperança média de vida de 11 anos, 30 meses e 12 meses, respectivamente (IDF, 2006). “A diabetes tipo1 é extremamente significativa em termos de mortalidade nos países mais pobres, onde muitas crianças morrem porque o acesso à insulina não é subsidiado pelos governos e muitas vezes não está disponível a nenhum preço” (IDF, 2006).

De acordo com a (WHO, 2005), os custos indirectos com a doença são mais reveladores que os directos; os Estados Unidos da América estimam para o ano de 1997 que os custos associados à perda de produtividade por DM foram de 54 biliões de dólares contra 44 biliões de dólares que se gastaram em cuidados de saúde.

Segundo Ruas (2008), existem custos directos de difícil quantificação (os associados às complicações, nomeadamente episódios de consulta), mas há, igualmente, custos quantificáveis. Em Portugal, se somarmos apenas os três itens - internamento, medicamentos e hemodiálise, temos para 1998 um valor de 15 milhões de contos aproximadamente. Este montante representa 14,7% dos 102 milhões de contos estimados para os custos directos do SNS com a Diabetes, em 1999 (Ruas, 2008).

“Muito poderá ser feito para atenuar ou inverter esta tendência. Segundo a IDF, a mudança só será conseguida através da prevenção a todos os níveis, e prevenção significa intervenção já” (Nogueira, 2008). Quando a doença ainda não tem complicações, os custos do seu tratamento e outras implicações pessoais e sociais não atingem o dramatismo que se cria quando surgem as complicações. A prevenção das complicações, com um tratamento cuidadosamente bem dirigido e aceite, representa a chave do problema se se querem evitar custos desnecessários de toda a ordem (Ruas, 2008).

Há uma necessidade extrema que os governos, as associações de diabéticos, os profissionais de saúde e os próprios portadores da doença se consciencializem para a possibilidade real da redução dos custos assentes nesta, “aumentando a eficácia do controlo e do tratamento de quem já é diabético, implementando medidas de prevenção primária para quem corre risco de vir a ser e reduzindo o perfil de risco da diabetes tipo 2 no conjunto da população (IDF, 2003).

A propósito da consciencialização da doença e da importância das parcerias em saúde pública, Cheryl France afirma no seu artigo “Contribuição Sanitária para o Planeamento Governamental Local” (2004) que “o ambiente, estilos de vida, habitação, emprego, doença e muitos outros factores afectam a saúde e o bem-estar; existem muitas organizações diferentes que têm um papel a desempenhar no acima descrito de forma a melhorar as oportunidades e qualidade de vida, para os habitantes locais”. O documento referido diz respeito, no contexto de Cambridgeshire (Inglaterra), à elaboração de um plano de estruturação local como documento estratégico de ordenamento do território, no âmbito da parceria autoridade sanitária local - governo local. Desta aliança efectiva, France conclui que o ordenamento do território é importante para o planeamento de cuidados de saúde e saúde pública e a política do território pode ser avaliada de acordo com os objectivos sanitários, em prol do benefício global da comunidade (France, 2004).

Segundo a IDF (2003), há ganhos muito significativos que podem ser obtidos através, em primeiro lugar, da prevenção da DM e também de melhorias de eficiência alcançadas no tratamento da doença, seja em termos de diminuição de custos para o mesmo nível de qualidade de tratamento, seja em aumento dos ganhos em saúde deste derivados.

Têm sido feitas estimativas sobre o impacto médico e económico da morbilidade associada à RD através de simulações informáticas. Os modelos prevêem que caso os doentes com diabetes recebessem um tratamento de acordo com o recomendado pelos estudos clínicos, na ausência de um bom controlo glicémico, haveria uma

poupança de 624 milhões de dólares e de 173 540 pessoas/anos de visão (Skyler, 2007).

Com a previsão de acréscimo da prevalência da DM, os custos associados a esta patologia continuarão igualmente a aumentar, tendo implicações quer na vida dos indivíduos e das suas famílias, quer nos Sistemas de Saúde, no Governo e na Sociedade, como um todo. “Torna-se necessário um aperfeiçoamento dos sistemas de informação que permitam sistematizar informação sobre a diabetes e custos associados (Nogueira, 2008)”.

Apêndice III

Proporção Amostral por Centro de Saúde – ACES Alentejo Central I

ACES ALENTEJO CENTRAL I	CENTRO DE SAÚDE	EXTENSÕES DE SAÚDE	NÚMERO DE DIABÉTICOS QUE REALIZARAM A CONSULTA DE RASTREIO (N)	PROPORÇÃO (%)	Nº DE INQUIRIDOS (n) (erro de 5%)
ACES ALENTEJO CENTRAL I	Alandroal	Sede	56	25.7%	4
		Cabeça de Carneiro	9	4.1%	1
		Ferreira de Capelins	9	4.1%	1
		Hortinhas	7	3.2%	1
		Juromenha	6	2.7%	0
		Mina do Bugalho	10	4.6%	1
		Montes Juntos	19	8.7%	1
		Orvalhos	3	1.4%	0
		Rosário	15	6.9%	1
		Santiago Maior	69	31.7%	4
		Terena	15	6.9%	1
		Total	218	100% (4.3 %)	15
	Arraiolos	Sede	133	37.9%	9
		Aldeia da Serra	4	1.1%	0
		Igrejinha	42	11.9%	3
		Sabugueiro	26	7.4%	2
		Santana do Campo	16	4.6%	1
		S. Gregório	21	6.0%	2
		S. Pedro da Gafanhoeira	14	4.0%	1
		Vale Pereiro	15	4.3%	1
		Vimieiro	80	22.8%	6
		Total	351	100% (6.9%)	25
	Borba	Sede	140	60.8%	10
		Barro Branco	5	2.2%	0
		Nora	9	4.0%	0
		Orada	23	10.0%	2
		Stg. Rio de Moinhos	53	23.0%	4
		Total	230	100% (4.5%)	16
	Estremoz	Sede	242	56.3%	19
		Arcos	39	9.0%	2
		Evoramonte	28	6.5%	2
		Glória	19	4.4%	1
		S. Bento do Ameixial	6	1.4%	0
		S. Bento do Cortiço	17	3.9%	1
		S. Domingos de Anloura	8	2.0%	0
		S. Lourenço de Mamporcão	18	4.2%	1
		Veios	53	12.3%	4
		Total	430	100% (8.4%)	30
	Mora	Sede	112	53.8%	8
		Brotas	23	11.1%	2
		Cabeção	37	17.8%	2
		Malarranha	8	3.8%	0
		Pavia	28	13.5%	3
		Total	208	100% (4.1%)	15
	Redondo	Sede	235	61.7%	17
		Aldeias de Montoito	34	8.9%	3
		Aldeia da Serra d'Ossa	9	2.4%	0
		Falcoeirias	3	0.8%	0
		Freixo	9	2.4%	0
		Montoito	68	17.8%	5
		Sta. Susana	23	6.0%	2
		Total	381	100% (7.5%)	27

Proporção Amostral por Centro de Saúde – ACES Alentejo Central I (cont.)

	CENTRO DE SAÚDE	EXTENSÕES DE SAÚDE	NÚMERO DE DIABÉTICOS QUE REALIZARAM A CONSULTA DE RASTREIO (N)	PROPORÇÃO (%)	Nº DE INQUIRIDOS (n) (erro de 5%)
	Vila Viçosa	Sede	133	56.3%	9
		Bencatel	62	26.3%	4
		Pardais	13	5.5%	1
		S. Romão	28	11.9%	2
		Total	236	100% (4,6%)	16

Fonte: Elaboração própria.

Proporção Amostral por Centro de Saúde – ACES Alentejo Central II

	CENTRO DE SAÚDE	EXTENSÕES DE SAÚDE	NÚMERO DE DIABÉTICOS QUE REALIZARAM A CONSULTA DE RASTREIO (N)	PROPORÇÃO (%)	Nº DE INQUIRIDOS (n) (erro de 5%)
ACES ALENTEJO CENTRAL II	Évora	USF Eborae	234	23.5%	17
		USF Planície	251	25.2%	18
		USF Salus	192	19.3%	13
		US Portas de Avis	192	19.3%	13
		Azaruja	1	0.1%	0
		Boa Fé	9	0.9%	0
		Graça do Divor	0	0%	0
		Guadalupe	0	0%	0
		Nº. Sr.ª. Machede	11	1.1%	1
		S. Manços	11	1.1%	1
		S. Miguel Machede	17	1.7%	1
		S. Sebastião da Giesteira	11	1.1%	1
		Torre de Coelheiros	31	3.1%	3
		Valverde	19	1.9%	1
		Vendinha	17	1.7%	1
		Total	996	100% (19.5%)	70
	Montemor-o-Novo	Sede	342	49.4%	25
		Cabrela	46	6.6%	3
		Ciborro	50	7.2%	3
		Cortiçadas de Lavre	34	5.0%	2
		Escoural	54	7.8%	4
		Fazendas do Cortiço	7	1.0%	1
		Foros de Vale Figueira	48	6.9%	3
		Lavre	47	6.8%	3
		S. Cristovão	37	5.3%	2
		Silveiras	28	4.0%	2
		Total	693	100% (13.5%)	48
	Mourão	Sede	83	59.7%	6
		Granja	38	27.3%	3
		Luz	18	13.0%	1
		Total	139	100% (2.7%)	10
	Portel	Sede	103	36.4%	8
		Alqueva	18	6.4%	1
		Amieira	21	7.4%	1
		Monte do Trigo	54	19.0%	3
		Oriola	24	8.5%	2
		Santana	30	10.6%	2
		S. Bartolomeu do Outeiro	20	7.1%	1
		Vera Cruz	13	4.6%	1
		Total	283	100% (5.5%)	19

Tabela 6.2. Proporção Amostral por Centro de Saúde – ACES Alentejo Central II (cont.)

	CENTRO DE SAÚDE	EXTENSÕES DE SAÚDE	NUMERO DE DIABÉTICOS QUE REALIZARAM A CONSULTA DE RASTREIO (N)	PROPORÇÃO (%)	Nº DE INQUIRIDOS (n) (erro de 5%)
	Reguengos de Monsaraz	Sede	208	65.8%	14
		Campinho	24	7.6%	2
		S. António Baldio	10	3.2%	0
		S. Marcos do Campo	12	3.8%	1
		S. Pedro do Corval	47	14.9%	4
		Outeiro	15	4.7%	1
		Total	316	100% (6.2%)	22
	Vendas Novas	Sede	361	94.2%	26
		Landeira	20	5.2%	1
		Total	381	100% (7.5%)	
	Viana do Alentejo	Sede	134	55%	9
		Aguiar	84	34.4%	6
		Alcáçovas	26	10.6%	2
		Total	244	100% (4.8%)	17

Fonte: Elaboração própria.

Grelha de A

5 Dimensões	Atributos principais segundo o SERVPERF
Tangibilidade	PA6.1.2 Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.) PA6.3.1 O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais). PA6.3.2 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio está bem localizado (de fácil acesso). PA6.3.3 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.) PA6.3.4 O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos. PA6.3.5 As instalações da sala de espera destinada aos utentes da consulta de rastreio apresentam boas condições. PA6.3.6 O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio.
Fiabilidade / Credibilidade (Reliability)	PA6.5.1 O tempo de espera para a consulta de rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo). PA6.6.1 Senti confiança na Técnica de Ortopática que me consultou. PA6.6.2 Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados PA6.7.1 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada. PA6.7.2 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora PA6.7.5 Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde. PA6.7.7 Quando algum utente demonstrou ter problemas, a Técnica de Ortopática tranquilizou-o e evidenciou interesse em resolvê-los (caso se aplique).
Capacidade de Resposta/ Sensibilidade / Receptividade (Responsiveness)	PA6.5.2 A Técnica de Ortopática realizou a consulta de rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração. PA6.7.3. O Centro de Saúde disse ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da consulta de rastreio. PA6.7.4 A chamada dos doentes para a consulta de rastreio é feita de forma organizada.
Garantia/Segurança	PA6.2.1 Inicialmente, a Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre a importância daquela consulta de rastreio e em que consistia. PA6.2.2 A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da consulta de rastreio. PA6.2.3 A Técnica de Ortopática deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a consulta de rastreio. PA6.4.1 A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio transmitiu segurança ao utente. PA6.4.2 A Técnica de Ortopática que realizou a consulta de rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).
Empatia	PA6.1.1 Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia. PA6.1.3 Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio. PA6.1.4 O atendimento foi personalizado. PA6.1.5 Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio. PA6.7.6 A Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio facilitou ou permitiu a presença de um familiar ou acompanhante (caso se aplique). PA6.7.8 O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente. PA6.7.9 Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde.

Grelha B

Itens
Aspectos Particulares
PA6.7.10 O Centrou de Saúde avisou previamente os utentes em caso de alteração da data / hora da consulta de rastreio (caso se aplique).
Aspectos Globais
P7.1.1 A Qualidade, em geral, que a consulta de rastreio proporciona foi aceitável.
P7.1.2 A Satisfação, em geral, obtida com o serviço prestado na consulta de rastreio é aceitável.
P7.1.3 A imagem, em geral, que a consulta de rastreio apresenta é aceitável.

Estudo dos Atributos da Qualidade e Satisfação dos Utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e II

Questionário nº. |_|_|_|

Este questionário faz parte de um estudo sobre a qualidade e satisfação dos utentes da Unidade de Rastreio do Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e II, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde da Universidade de Évora e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Serão salvaguardados os critérios de anonimato dos respondentes, em conformidade com o código de ética da investigação científica. Conceptual

Questionário Utentes – Parte A

Centro de Saúde: _____ **Extensão do Centro de Saúde:** _____

Parte A

Para cada uma das seguintes questões assinale com um X a sua resposta.

A1. Por qual das seguintes vias teve conhecimento deste rastreio?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Contacto do Centro de Saúde | ☐ |
| Consulta do Médico de Família | ☐ |
| Consulta de Enfermagem | ☐ |
| Amigo/Familiar | ☐ |
| Não sabe | ☐ |
| Não responde | ☐ |

A1.1. Se teve conhecimento através de um contacto do Centro de Saúde, por que meio foi convocado(a)?

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| Chamada telefónica | ☐ |
| Correio | ☐ |
| Convocatória entregue em mão | ☐ |
| Não sabe | ☐ |
| Não responde | ☐ |

A2. Considera este tipo de acções importantes?

- | | |
|--------------|-----------------------|
| Sim | ☐ |
| Não | ☐ |
| Não sabe | ☐ |
| Não responde | ☐ |

A3. Sabe que doença se pretende despistar com este rastreio?

- | | |
|--------------|-----------------------|
| Sim | ☐ |
| Não | ☐ |
| Não responde | ☐ |

O objectivo da intervenção da Unidade de Rastreio é a detecção precoce da Retinopatia Diabética, uma das principais complicações da Diabetes *Mellitus*.

A4. Em caso de ser detectada esta complicação na consulta de rastreio conhece o tratamento que lhe está associado na maioria dos casos?

Sim ☐ Não responde ☐
 Não ☐

Se respondeu “Não” à questão anterior (A4) passe à questão A5 do questionário.

A4.1. Em sua opinião, que tipo de tratamento é o mais adequado?

Óculos ☐ Nada ☐
 Laser ☐ Outro. Qual? _____
 Gotas ☐

A5. Que meio utilizou para se deslocar até à consulta de rastreio, no Centro de Saúde?

A pé ☐
 Veículo próprio ☐
 Táxi ☐
 Ambulância ☐
 Transporte público ☐
 Transporte da Autarquia/Junta de Freguesia ☐

PA6. As afirmações seguintes dizem respeito à sua percepção sobre a CONSULTA DE RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA. Para cada uma das seguintes afirmações assinale com um **X** a sua avaliação, utilizando uma escala de 1 a 7, em que **1** significa **discordo totalmente** e **7** significa **concordo totalmente**.

PA6.1 - A Técnica de Ortopática que fez a consulta de rastreio:	1	2	3	4	5	6	7
PA6.1.1 Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.1.2 Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.1.3 Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.1.4 O atendimento foi personalizado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.1.5 Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PA6.2 – Informações e Decisões:	1	2	3	4	5	6	7
PA6.2.1 Inicialmente, a Técnica de Ortopia deu-me uma explicação detalhada sobre a importância da Consulta de Rastreio e em que consistia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.2.2 A Técnica de Ortopia deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da Consulta de Rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.2.3 A Técnica de Ortopia deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a Consulta de Rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3 – Recursos Materiais:	1	2	3	4	5	6	7
PA6.3.1 O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3.2 O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio está bem localizado (de fácil acesso).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3.3 O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3.4 O gabinete onde se realizou a Consulta de Rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3.5 As instalações da sala de espera destinada aos utentes da Consulta de Rastreio apresentam boas condições.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.3.6 O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este Rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.4 – Profissionalismo e Competência	1	2	3	4	5	6	7
PA6.4.1 A Técnica de Ortopia que realizou a Consulta de Rastreio transmitiu a segurança ao utente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.4.2 A Técnica de Ortopia que realizou a Consulta de Rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.5 – Tempos de Espera	1	2	3	4	5	6	7
PA6.5.1 O tempo de espera para a Consulta de Rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.5.2 A Técnica de Ortopia realizou a Consulta de Rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.6 – Percepção de Confiança	1	2	3	4	5	6	7
PA6.6.1 Senti confiança na Técnica de Ortopia que me consultou.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.6.2 Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7 – Funcionamento e Organização	1	2	3	4	5	6	7
PA6.7.1 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.2 A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.3. O Centro de Saúde disse ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da Consulta de Rastreio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PA6.7.4 A chamada dos doentes para a Consulta de Rastreio foi feita de forma organizada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.5 Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopática que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.6 A Técnica de Ortopática que efectuou a Consulta de Rastreio facilitou ou permitiu a presença de um familiar ou acompanhante (caso se aplique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.7 Quando algum utente demonstrou ter problemas, a Técnica de Ortopática tranquilizou-o e evidenciou interesse em resolvê-los (caso se aplique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.8 O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.9 Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA6.7.10 O Centro de Saúde avisou previamente os utentes em caso de alteração da data / hora da consulta de rastreio (caso se aplique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PA7. - Avalie ainda de forma global a **Consulta de Rastreio de Retinopatia Diabética**, utilizando a mesma escala de 1 a 7, em que 1 significa “*discordo totalmente*” e 7 “*concordo totalmente*”.

PA7.1 – Qualidade e Satisfação Geral	1	2	3	4	5	6	7
PA7.1.1 A Qualidade, em geral, que a Consulta de Rastreio proporcionou foi aceitável.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA7.1.2 A Satisfação, em geral, obtida com o serviço prestado na Consulta de Rastreio foi aceitável.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PA7.1.3 A imagem, em geral, que a Consulta de Rastreio apresenta foi aceitável.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PA8. Indique outros aspectos ou situações que marcaram o seu contacto com a UNIDADE DE RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA e que deveriam ter sido mencionadas:

PA9. Indique sugestões que contribuam para a melhoria da qualidade da CONSULTA DE RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA

Questionário Utentes – Parte B

Respondente do questionário

1. Próprio ☐2. Familiar / Acompanhante ☐3. Outro ☐

Qual? _____

Caracterização do Utente

PB1. Sexo:

Feminino ☐Masculino ☐

PB2. Idade:

|_|_| anos

PB3. Estado Civil

Solteiro(a) ☐Casado(a) ou União de facto ☐Divorciado(a) ou Separado(a) ☐Viúvo(a) ☐

PB4. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:

Sem escolaridade ☐1º Ciclo (4ª Classe) ☐2º Ciclo (6ª Classe) ☐3º Ciclo (9º ano de Escolaridade) ☐Ensino secundário complementar ☐Curso Técnico-Profissional ☐Bacharelato ou Curso Médio ☐Licenciatura ☐Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento ☐

PB5. Situação Profissional:

Desempregado (a) ☐Reformado (a) ☐Estudante ☐Trabalhador (a) por conta de outrem ☐Trabalhador (a) por conta própria ☐Outra situação ☐

Exmo (a). Sr (a).

Coordenador (a) Clínico (a) do Centro de
Saúde de

Assuntos: Dissertação de Mestrado: “Projecto de Intervenção Comunitária em Saúde
- o Caso da Retinopatia Diabética no Alentejo Central”;

Aplicação de inquérito por questionário – pedido de colaboração.

Sou aluna do IV Curso de Mestrado de Intervenção Socio-Organizacional da Saúde, leccionado pela Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e encontro-me neste momento no período de elaboração da tese, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva. A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. autorizou o desenvolvimento da dissertação em causa e a aplicação de instrumentos de recolha de informação, desde Fevereiro de 2008. Nesse sentido, peço a vossa colaboração na distribuição e recolha dos respectivos instrumentos – questionários. A área de abrangência do estudo equivale a todos os Concelhos do Distrito de Évora – âmbito de acção da Unidade de Rastreio de Retinopatia Diabética. O grau de dispersão dos utentes inquiridos e a proximidade que os profissionais de cada Centro de Saúde lhes têm são os principais motivos desta solicitação.

Foi feito um contacto telefónico prévio aos Directores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde do Alentejo Central I (Dr. José Evaristo) e II (Dr. Martinho Vieira), os quais deram permissão para a aplicação dos questionários. Em cada um dos Centros de Saúde e em cada uma Unidades de Saúde também se expôs a realidade em causa, aos Coordenadores e, em alguns casos, logo ao profissional ou profissionais que colaborarão directamente nesta recolha. A este nível também não houve qualquer contrariedade.

Os critérios de inclusão relativamente aos inquiridos são dois: **ser diabético e ter realizado a consulta de rastreio de Retinopatia Diabética.**

O número de questionários por Centro/Unidade de Saúde foi calculado, em termos proporcionais (para garantir representatividade), com base no número dos utentes

diabéticos convocados para o 1º ciclo do Rastreio de Retinopatia Diabética (o 2º ciclo ainda se encontra a decorrer). Está especificado o número de questionários por unidade de saúde, encontrando-se cada um deles devidamente identificado, quanto ao destino.

No momento de distribuição dos questionários, estes podem ser preenchidos (pelo utente diabético ou alguém próximo, em caso de impossibilidade/dificuldade/preferência do primeiro) e recolhidos na hora ou mais tarde, se à partida houver garantias de entrega por parte do utente. É conveniente que os questionários sejam devolvidos na totalidade e o mais rápido possível através do envelope que segue, já **(duas semanas para a devolução)**.

Agradecendo desde já a atenção dispensada e a colaboração, subscrevo-me com consideração,

Évora, 9 de Outubro de 2009

(A Mestranda Élia Janes Quintas)

**Factores dos Atributos da Qualidade dos Serviços da Unidade de Rastreio da RD dos
ACES do Alentejo Central I e II**

Quest	Descrição	Factores					Dim. Servperf
		1	2	3	4	5	
PA6.1.5	Houve um bom relacionamento durante a consulta de rastreio.	0,863	0,291	0,134	0,170	0,98	Empatia
PA6.1.4	O atendimento foi personalizado.	0,833	0,323	0,96	0,122	0,177	Empatia
PA6.1.1	Consultou-me com simpatia, disponibilidade e cortesia.	0,824	0,294	0,131	0,170	0,199	Empatia
PA6.1.2	Tinha uma boa aparência e apresentava-se devidamente fardada (bata limpa, calçado apresentável, etc.)	0,809	0,354	0,132	0,061	0,189	Tangibilidade
PA6.1.3	Promoveu a minha privacidade durante a consulta de rastreio.	0,753	0,247	0,111	0,138	0,241	Empatia
PA6.4.2	A Técnica de Ortopédica que realizou a consulta de rastreio desempenhou o seu trabalho de forma exemplar (profissionalismo e confiança).	0,688	0,296	0,171	0,414	0,184	Segurança
PA6.6.1	Senti confiança na Técnica de Ortopédica que me consultou.	0,578	0,477	0,157	0,421	0,214	Fiabilidade
PA6.4.1	A Técnica de Ortopédica que realizou a consulta de rastreio transmitiu segurança ao utente.	0,543	0,287	0,213	0,505	0,284	Segurança
PA6.7.5	Existe uma boa articulação entre a Técnica de Ortopédica que efectuou a consulta de rastreio e os restantes profissionais do Centro de Saúde.	0,278	0,779	0,132	0,121	0,234	Fiabilidade
PA6.7.9	Foi fácil comunicar com os profissionais do Centro de Saúde.	0,352	0,754	0,144	0,102	0,165	Empatia
PA6.7.8	O Rastreio tem um horário de funcionamento conveniente.	0,279	0,754	0,128	0,139	0,153	Empatia
PA6.7.3	O Centro de Saúde diz ao utente, de forma exacta, a data e horário da realização da consulta de rastreio.	0,322	0,721	0,154	0,176	0,291	CResposta
PA6.7.4	A chamada dos doentes para a consulta de rastreio é feita de forma organizada.	0,387	0,697	0,215	0,232	0,187	CResposta
PA6.7.2	A convocatória para a Consulta de Rastreio foi esclarecedora	0,317	0,678	0,155	0,357	0,107	Fiabilidade
PA6.7.1	A convocatória para a Consulta de Rastreio foi atempada.	0,275	0,650	0,147	0,417	0,189	Fiabilidade
PA6.3.2	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio está bem localizado (de fácil acesso).	0,178	-0,066	0,831	0,233	0,010	Tangibilidade
PA6.3.3	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio possui boas instalações físicas (ambiente físico, limpeza, etc.)	0,207	0,168	0,830	-0,075	0,010	Tangibilidade
PA6.3.5	As instalações da sala de espera destinada aos utentes da consulta de rastreio apresentam boas condições.	0,082	0,180	0,808	0,128	0,052	Tangibilidade
PA6.3.4	O gabinete onde se realiza a consulta de rastreio aparenta possuir boa capacidade tecnológica e bons equipamentos.	0,177	0,212	0,804	0,168	0,024	Tangibilidade
PA6.3.1	O Centro de Saúde possui meios de apoio a deficientes (motores ou visuais).	-0,030	-0,012	0,754	0,250	0,092	Tangibilidade
PA6.3.6	O Centro de Saúde disponibiliza, em geral, uma boa informação e boa sinalética relativa a este rastreio.	0,051	0,222	0,653	-0,082	0,084	Tangibilidade
PA6.5.2	A Técnica de Ortopédica realizou a consulta de rastreio o mais breve possível, reduzindo ao mínimo a sua duração.	0,230	0,251	0,172	0,762	0,145	CResposta
PA6.5.1	O tempo de espera para a consulta de rastreio foi aceitável (reduzido ao máximo).	0,181	0,281	0,160	0,741	0,180	Fiabilidade
PA6.6.2	Este Rastreio é de confiança porque aparenta ter procedimentos organizados	0,496	0,291	0,187	0,517	0,309	Fiabilidade
PA6.2.1	Inicialmente, a Técnica de Ortopédica deu-me uma explicação detalhada sobre a importância daquela consulta de rastreio e em que consistia.	0,204	0,274	0,074	0,127	0,833	Segurança
PA6.2.3	A Técnica de Ortopédica deu-me uma explicação detalhada sobre o encaminhamento da minha situação após a consulta de rastreio.	0,321	0,165	0,052	0,236	0,799	Segurança
PA6.2.2	A Técnica de Ortopédica deu-me uma explicação sobre o estado de saúde da minha visão no final da consulta de rastreio.	0,242	0,323	0,064	0,149	0,765	Segurança

Extraction Method: Principal Component Analysis

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

a. Rotation converged in 6 iterations

Fonte: Elaboração própria.

PLANO DE ACTIVIDADES

As actividades mais relevantes a serem desenvolvidas são:

- 1º Dar conhecimento ao Conselho Directivo da ARSA, I.P. e aos Conselhos Clínicos dos ACES do Alentejo Central I e II;
- 2º Formalizar o plano e delineá-lo com o Conselho Clínico de cada ACES;
- 3º Planear sessões de formação em diferentes horários/dias da semana de modo a garantir a presença do responsável ou responsáveis nomeados por grupo profissional de cada CS/USF/USP (médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública, profissionais de enfermagem, técnica de ortóptica);
- 4º Delinear cronograma para a implementação do plano de intervenção;
- 5º Definir acções prioritárias no âmbito das consultas de rastreio da RD (promoção da sua importância) e da prevenção da doença (educação para a saúde; sensibilização/capacitação do doente);
- 6º Compreender reclamações/sugestões dos utentes diabéticos (questionários de satisfação) dirigidas à unidade de rastreio da RD de forma a monitorizar os serviços prestados;
- 7º Implementar mudanças/melhorias de acordo com acções prioritárias e baseadas no trabalho multidisciplinar em rede;
- 8º Registo de melhorias e monitorização de resultados (número de presenças nas consultas de rastreio da RD; número de acções de educação para a saúde com a temática da RD direccionadas para a população diabética e número de participantes nessas mesmas acções);
- 9º Divulgação dos resultados das acções do plano ao Conselho Directivo da ARSA, I.P., aos Conselhos Clínicos dos ACES do Alentejo Central e respectivos profissionais colaboradores;
- 10º Início de novo ciclo de análise juntos dos colaboradores, análise de reclamações/sugestões dos utentes (questionários de satisfação) e verificação de necessidades formativas da equipa multiprofissional.

Recursos

Previstas seis sessões teórico-práticas (três por ACES) para desenvolver temas como segurança do doente diabético, RD enquanto problema de saúde pública (quadro estatístico português e europeu), estratégias de diagnóstico de situação

(conhecimento da população) e sensibilização/capacitação do utente diabético (acções de educação para a saúde) e linhas de orientação para uma acção mais efectiva da unidade de rastreio.

Recurso a bibliografia (*guidelines* e normas de actuação delineadas pela DGS/ACS/MCSP/Saúde-União Europeia) e utilização do *benchmarking* em contexto de actualização da prática corrente.

Destinatários

Grupos mistos – responsável ou responsáveis por cada grupo profissional de cada CS/USF/USP.

Duração

A implementação do projecto conta com o envolvimento de todos os profissionais e será dividida em diferentes acções de formação (conteúdos) e na implementação do projecto propriamente dito (monitorização e avaliação). A duração prevista é de 90 dias com diferentes sessões planeadas de acordo com os temas a abordar (cronograma – apêndice VIII).

Avaliação

Privilegiar-se-á a avaliação formativa baseada nas diferentes sessões teórico-práticas e na implementação do projecto, segundo os objectivos. No final das diferentes sessões e após atribuição e concretização das finalidades efectuar-se-á uma avaliação sumativa por meio da realização de uma ficha que permite medir o grau de efectividade dos objectivos e controlar as competências adquiridas. Propõe-se uma avaliação do impacto da formação na organização mediante ficha de avaliação individual estabelecida para o projecto em causa. Este documento permitirá à organização avaliar adesão e envolvimento dos colaboradores no projecto e a melhoria dos indicadores relacionados com a intervenção.

Resultados Esperados

Com as acções de formação desenvolvidas espera-se que os profissionais adquiram/consolidem conhecimentos na área da RD enquanto problema de saúde pública prevenível/tratável quando disgnosticado atempadamente e na aquisição de estratégias para “chegar” à população diabética capacitando-a para a participação na melhoria do seu estado de saúde. Espera-se um espírito de equipa consistente que garanta meios na luta pela segurança do utente diabético.

Apêndice IX

Cronograma

ANO 2010/2011	NOVEMBRO		DEZEMBRO		JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO	
FASES/ACTIVIDADES	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-15	16-28	1-15	15-31
Dar conhecimento ao Conselho Directivo da ARSA, I.P. e aos Conselhos Clínicos dos ACES do Alentejo Central I e II; Formalizar o plano e delineá-lo com o Conselho Clínico de cada ACES.	X									
	X									
Planear sessões de formação em diferentes horários/dias da semana de modo a garantir a presença do responsável ou responsáveis nomeados por grupo profissional de cada CS/USF/USP (médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública, profissionais de enfermagem, técnica de ortóptica);		X	X	X	X	X	X			
Definir acções prioritárias no âmbito das consultas de rastreio da RD (promoção da sua importância) e da prevenção da doença (educação para a saúde; sensibilização/capacitação do doente).							X	X		
Implementar mudanças/melhorias de acordo com acções prioritárias e baseadas no trabalho multidisciplinar em rede;							X	X		
Registo de melhorias e monitorização de resultados (número de presenças nas consultas de rastreio da RD; número de acções de educação para a saúde com a temática da RD direccionadas para a população diabética e número de participantes nessas mesmas acções);									X	
Divulgação dos resultados das acções do plano ao Conselho Directivo da ARSA, I.P., aos Conselhos Clínicos dos ACES do Alentejo Central e respectivos profissionais colaboradores;									X	
Início do novo ciclo de análise.										X