



**SISTEMAS DE GESTÃO DO DESEMPENHO:  
A PERCEÇÃO DOS UTENTES DAS UNIDADES  
DE SAÚDE DA ZONA CENTRO**

Dissertação  
Mestrado em Gestão

Catarina Santos Ferreira

Leiria, novembro de 2020



**SISTEMAS DE GESTÃO DO DESEMPENHO:  
A PERCEÇÃO DOS UTENTES DAS UNIDADES  
DE SAÚDE DA ZONA CENTRO**

Dissertação

Mestrado em Gestão

Catarina Santos Ferreira

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Sandra Raquel Pinto Alves, Professora da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria

Leiria, novembro de 2020

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

## **DEDICATÓRIA**

A todos os que contribuíram para que chegasse até aqui.

Não é necessário dizer quem são, eles sabem.

## **AGRADECIMENTOS**

No final deste percurso de vários meses, é justo deixar aqui um tributo a alguém que teve um papel determinante nesta empreitada: a Professora Sandra Raquel Pinto Alves.

Os orientadores desenvolvem um trabalho exemplar, por vezes invisível, de aconselhamento, de apoio, mas sobretudo de motivação naqueles momentos em que a solidão toma conta do investigador. Obrigada por tudo!

Nesta caminhada deve também destacar-se o papel que todos os professores tiveram, pois cada um contribuiu para que se chegasse aqui com as competências necessárias para o desenvolvimento desta investigação.

A família e os amigos/amigas são outra peça importante na vida de uma mestranda.

Um agradecimento aos colegas, que normalmente estão sempre lá quando é necessário, seja no esclarecimento de dúvidas, seja na troca de informação, sempre preciosa na investigação.

Finalmente, uma palavra para o Instituto Politécnico de Leiria, que me permitiu ingressar neste ciclo de estudos e que, em breve, possa dar um passo em frente, ou seja, ser uma universidade de referência a nível nacional e internacional.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

## RESUMO

As unidades de saúde são organizações de um elevado grau de complexidade, tanto ao nível da estrutura como ao nível da administração. Esta complexidade constitui um desafio, pelo que, ferramentas que auxiliem à gestão destas instituições são de extrema importância, nos dias de hoje.

Os sistemas de avaliação do desempenho são um poderoso instrumento de gestão de recursos humanos, com impacto na vida organizacional. Sendo as pessoas o principal ativo das empresas, a sua correta gestão/monitorização terá necessariamente impacto não só no desempenho individual, mas também numa lógica mais geral, envolvendo todos os setores das organizações.

Se a avaliação interna é fulcral, não deixa de ser importante a perceção que os clientes externos têm do desempenho. Assim, este estudo visa perceber o que pensam os utentes relativamente à qualidade dos serviços de saúde, públicos e privados, da região centro.

A investigação que se segue vai tentar encontrar respostas sobre a perceção dos utentes das unidades de saúde através da aplicação de um inquérito por questionário baseado num modelo denominado por *Healthqual*, adaptação do modelo *Servqual*.

Através de uma análise fatorial e de regressão, foram encontradas associações significativas entre as dimensões de qualidade do serviço e a satisfação do utente, sendo discutidas nesta investigação tais implicações.

**Palavras-chave:** Gestão; capital humano; perceção do utente; serviços de saúde; *Servqual*; *Healthqual*.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

## **ABSTRACT**

*Health units are organizations with a high degree of complexity both in terms of structure and in terms of administration. This complexity is a challenge, so tools that help the management of these institutions are extremely important nowadays.*

*Performance evaluation systems are a powerful human resource management tool, with an impact on organizational life. As people are the main asset of companies, their correct management/monitoring will necessarily have an impact, not only on individual performance, but also on a more general logic, involving all sectors of organizations.*

*If the internal evaluation is vital, the perception that external customers have of performance is also important. This study aims to understand what users think about the quality of public and private health services, in the central region of Portugal.*

*This investigation will try to find answers about the perception of users of health units by applying a questionnaire survey based on a Model called Healthqual, adaptation of the Servqual Model.*

*Through factor analysis and regression, significant associations were found between the service quality dimensions and patient satisfaction, being discussed in this investigation such implications and future research issues.*

**Keywords:** *Management; human capital; user perception; healthcare services, Servqual; Healthqual.*

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de Hipóteses .....	43
<b>Figura 2</b> - Primeiro modelo estrutural proposto .....	46
<b>Figura 3</b> - Modelo estrutural inicial.....	56
<b>Figura 4</b> - Modelo estrutural final após eliminação de questões.....	60
<b>Figura 5</b> - Modelo estrutural final com valores de comunalidades e $\beta$ s.....	62

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Itens do modelo Healthqual utilizados por Miranda et al. (2010).....	36
<b>Tabela 2</b> - Autores utilizados na construção do Inquérito por Questionário .....	37
<b>Tabela 3</b> - Grupos e questões do Inquérito por Questionário aplicado aos utentes das unidades de saúde da zona centro.....	39
<b>Tabela 4</b> - Resultados Estatísticos do Inquérito Aplicado .....	49
<b>Tabela 5</b> - Estatísticas de Confiabilidade - Modelo Inicial.....	51
<b>Tabela 6</b> - Teste de KMO e Bartlett - Modelo Inicial.....	52
<b>Tabela 7</b> - Comunalidades - Modelo Inicial .....	54
<b>Tabela 8</b> - Estatísticas de Confiabilidade - Modelo Final .....	57
<b>Tabela 9</b> - Teste de KMO e Bartlett - Modelo Final.....	57
<b>Tabela 10</b> - Comunalidades - Modelo Final .....	59
<b>Tabela 11</b> – Análise Regressiva – Resumo do Modelo .....	61
<b>Tabela 12</b> - Análise Regressiva – Coeficientes .....	61

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

# ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA .....	iv
AGRADECIMENTOS .....	v
RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	ix
LISTA DE FIGURAS .....	xi
LISTA DE TABELAS .....	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1. A gestão de pessoas nas organizações .....	5
1.2. Gestão do desempenho organizacional.....	11
1.2.1 Fontes de avaliação do desempenho.....	14
1.3. O conceito de qualidade.....	18
1.3.1 Qualidade dos serviços na indústria da saúde .....	20
1.3.2 Mensuração da qualidade dos serviços de saúde: modelos .....	25
2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	34
2.1. Introdução .....	34
2.1.1 Instrumento de recolha de dados - <i>Healthqual</i> .....	35
2.1.2 Estudo .....	36
2.2. Amostra e Apresentação de Resultados.....	40
2.2.1 Caracterização sociodemográfica dos utentes inquiridos.....	40
3. MODELO E HIPÓTESES .....	43
3.1. Estatística Descritiva.....	47
3.1.1 Análise dos resultados .....	47
3.1.2 Análise de fatores – Modelo Inicial.....	51
3.1.3 Análise de fatores – Modelo Final.....	56
3.2. Análise Regressiva do Modelo Estrutural Final .....	60
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
CONCLUSÕES .....	66
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71

## INTRODUÇÃO

Numa época em que a máquina ameaça superar o Homem no seio organizacional, a gestão do desempenho e do potencial é uma poderosa ferramenta de administração em geral e do capital humano em particular. Desde logo, a mensuração dos resultados individuais, grupais e organizacionais é um barómetro da maior importância pois permite à gestão verificar se os resultados estão a ser alcançados, e por quem, mas também é um indicador do que está a correr menos bem, onde é necessário intervir. Um descuido pode ser fatal num ambiente cada vez mais competitivo.

Os sistemas de avaliação do desempenho são considerados instrumentos de gestão de recursos humanos com um forte impacto organizacional. São eles que permitem verificar o contributo individual ou departamental para a obtenção dos objetivos previamente definidos em cada ciclo de avaliação, que podem ser semanais, mensais, trimestrais ou anuais.

A caduca avaliação do desempenho individual usada no século passado deu lugar à gestão do desempenho, baseado em competências, que pressupõe que no início do ciclo se definam os objetivos estratégicos em função da visão que o gestor tem para a sua organização.

Partindo do pressuposto que existe o capital humano com competência(s) para cumprir as metas, comunicam-se os objetivos, que devem ser claros e atingíveis. Evidentemente que ao longo do ciclo de avaliação há variáveis que não são controláveis, designadamente alterações legislativas que podem condicionar os resultados. Mas há que estar preparado para externalidades, que normalmente têm forte impacto organizacional.

A gestão do desempenho, além de definir metas e objetivos, promove um acompanhamento próximo dos “atores” que vão concretizar o plano de ação, uma vez que uns são mais autónomos do que outros. Uma gestão eficaz não é compaginável com o abandono dos colaboradores ao longo do ciclo de avaliação, sob pena de algo falhar. E se uma parte não faz o que está pré-definido, poderá colocar em causa o trabalho do coletivo.

Apesar de existir a perceção que é um processo aparentemente simples, está longe de o ser. Avaliar o comportamento do capital humano é uma missão complexa e não está isenta de erros, de várias ordens. Nas organizações, uma franja significativa de colaboradores não convive bem com a avaliação e isso deve ser levado em conta no

momento em que se decide avançar para a introdução desta ferramenta de gestão de recursos humanos. Há um período prévio que deve ser aproveitado para motivar as pessoas para a mensuração do desempenho, pois todos têm a ganhar: as organizações, o avaliador e o avaliado.

Quando o processo é introduzido sem que exista uma ampla consciencialização da população organizacional, os problemas internos podem surgir a qualquer momento, designadamente no final do ciclo de avaliação quando são conhecidos os resultados do trabalho de mensuração do avaliador. Daí que seja fundamental refletir bem sobre a introdução deste instrumento uma vez que ele tem tanto de estratégico como de problemático. Ruído interno é tudo o que não se deseja no mundo organizacional, mas verificar o que cada colaborador contribui é desejável, nem que seja para dar suporte ao sistema de compensações e benefícios.

Sublinhe-se que a avaliação do desempenho tem de ter em conta várias fontes, desde logo a autoavaliação, sem descurar o que pensa a liderança ou a chefia intermédia, bem como os pares. Todas as contribuições são importantes, mas se o processo galgar as fronteiras internas da organização, tanto melhor. A opinião de clientes, fornecedores, utentes e outros prestadores de serviços é muito importante na consequência direta de uma avaliação do desempenho: a mudança organizacional. As empresas que não mudam tornam-se caducas, perdem o comboio da competitividade, mais tarde ou mais cedo. Daí que seja fundamental aperfeiçoar, trazer competências, para assim criar valor.

Este trabalho académico, que se enquadra na temática da gestão em geral e da avaliação do desempenho organizacional em particular, tem como objetivo verificar qual a perceção que os utentes das unidades de saúde da zona centro do país têm relativamente aos serviços que prestam. Neste sentido identificam-se as seguintes questões de partida: Quais os fatores que influenciam a satisfação dos utentes das unidades de saúde? Que opinião têm os utentes relativamente aos serviços de saúde prestados na zona centro? Quais as principais fragilidades das unidades de saúde regionais?

Para obter respostas para estas questões recorrer-se-á a uma metodologia qualitativa baseada em pesquisas de natureza bibliográfica e documental, que sustentarão a desconstrução do conceito de gestão de pessoas (nas organizações) e gestão do desempenho organizacional, da qualidade organizacional em geral e da qualidade dos serviços de saúde em particular.

E como da teoria à prática vai uma grande distância, neste trabalho optou-se por um inquérito por questionário *online*, com o objetivo de verificar se a realidade que se verifica nas unidades de saúde da região centro vai ao encontro das correntes de pensamento que serão identificadas neste estudo. Nem sempre o que pensam os teóricos tem correspondência com a realidade e este trabalho tentará verificar se há sintonia entre a bibliografia e o que ocorre efetivamente no terreno. Este será mais um desafio da investigação.

A dissertação apresenta-se com uma estrutura assente em duas partes, que se complementam. Na primeira, a contextualização teórica, tentar-se-á identificar a importância da gestão de pessoas em geral e da gestão do desempenho enquanto ferramenta de gestão de recursos humanos em particular, bem como o conceito de qualidade, nomeadamente a qualidade dos serviços na indústria da saúde e quais os modelos disponíveis para a sua mensuração.

O principal ativo das organizações é o capital humano. Representa as aptidões, habilidades e o talento das pessoas, que devem ser utilizados no desenvolvimento da estratégia organizacional definida, ou seja, na produção de bens ou serviços. As competências são, assim, essenciais, ou melhor, determinantes em qualquer empresa.

Existem diversos modelos para medir a qualidade dos serviços de saúde nomeadamente os modelos *Donabedian*, *Serqual*, *Healthqual*, *PubHosQual* e *HospitalQual*. No presente estudo o modelo adotado foi o *Healthqual* onde, para além de ser avaliada a perceção dos utentes sobre a qualidade dos recursos humanos, são também abrangidas outras áreas, nomeadamente as instalações e estruturas e a eficiência geral das unidades de saúde.

No segundo capítulo deste trabalho, será caracterizada de forma pormenorizada a metodologia a usar para chegar a respostas às questões de partida, baseada na opinião dos utentes das unidades de saúde do centro do país. A amostra terá de ser a mais significativa possível para validar as conclusões e, o instrumento de recolha dos dados, o mais adequado. Neste caso, o inquérito por questionário é anónimo e confidencial, de forma a que os participantes se possam sentir livres de exprimir as suas opiniões. Só assim se poderá identificar o quadro geral do estado dos serviços de saúde públicos e privados, bem como se estes deram respostas aos casos de Covid-19 e se a pandemia influenciou a prestação de outros cuidados de saúde. Estamos, assim, perante uma investigação que não

só tentará identificar as perceções que os utentes têm relativamente à saúde na zona centro, mas como as instituições lidaram com o novo coronavírus.

Após a recolha, os dados obtidos através dos inquéritos por questionário serão tratados através de *software* específico (SPSS), devido à dimensão da amostra, terminando o capítulo com a análise detalhada dos resultados e as limitações do estudo.

Na conclusão, que encerra a fase textual da investigação, espera-se que se cheguem a respostas às dúvidas iniciais e que se abram pistas para novos estudos numa temática da maior relevância para as organizações, pois a saúde é um vocábulo que adquiriu uma importância central nas nossas vidas, sobretudo a partir do momento em que surgiu a pandemia.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. A GESTÃO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES

“Os recursos humanos são o nosso principal ativo” (Brilman, 2000, p. 373). Esta é uma afirmação muito lida nos diversos manuais de recursos humanos, mas as verdades aparentemente absolutas devem ser permanentemente escrutinadas, sob pena de já terem sido ultrapassadas por novas realidades uma vez que as organizações nunca sofreram mutações tão aceleradas. Os ponteiros do relógio parece que avançam com maior rapidez e as empresas devem estar preparadas para enfrentar os desafios.

As enormes transformações sociais e tecnológicas das últimas décadas, em resultado do fenómeno de globalização, levaram a que muitas organizações alterassem os seus princípios orientadores e formas de gestão, ao nível da implementação da sua missão, visão, valores e estratégia de forma a identificarem as vantagens competitivas, numa economia de mercado cada vez mais universal, onde a redução ou eliminação de barreiras ao comércio de bens e serviços e mobilidade de pessoas produz, a cada dia, novos desafios. Mas estas e outras questões centrais do mundo organizacional não derivam apenas dos dias de hoje, já na era de *Maslow* eram inquietantes. Veja-se, com a pandemia, as transformações na mobilidade e nas metodologias de trabalho, já para não falar no facto de muitas organizações terem de se reinventar de um dia para o outro.

A correlação entre as pessoas e o desempenho organizacional tem sido objeto de inúmeros estudos e trabalhos de investigação. Boxall & Macky (2009) afirmam: *the challenge for any organizational practice is not execution but creation of a positive shift experienced by the employee as a consequence of the practices.*

Os colaboradores são, sem sombra para dúvidas, a chave do sucesso ou insucesso de uma organização. Sem eles, a “máquina” não funciona, ou melhor, sem pessoas não há organizações.

Apostar no desenvolvimento organizacional, incentivar o crescimento pessoal e profissional do colaborador, adotando e implementando modelos fomentadores e orientadores das pessoas, tornou-se um desafio contínuo no dia-a-dia da gestão.

É essencial que as organizações criem as condições necessárias e direcionem os contributos do capital humano para o alcance dos objetivos estratégicos, enquanto

verdadeiros ativos intangíveis fundamentais na criação das necessárias vantagens comparativas, rumo a uma maior competitividade.

Segundo Caetano & Vala (2007, p. 359), “no atual paradigma da gestão, considera-se que os principais fatores competitivos das empresas não são os recursos financeiros, tecnológicos ou logísticos, mas sim as pessoas que as compõem, porque se pressupõe que, quanto mais motivados e empenhados estiverem os colaboradores nas suas atividades, maior será o índice de produtividade que a organização consegue alcançar”.

Os recursos humanos representam as aptidões, habilidades e o talento das pessoas, que devem ser utilizados no desenvolvimento da estratégia organizacional definida, ou seja, na produção de bens ou serviços. As competências são, assim, essenciais, ou melhor, determinantes.

De acordo com Likert (1967), ao reconhecer a relevância da estratégia dos recursos humanos, todas as atividades de qualquer organização são iniciadas e determinadas pelas pessoas que a compõem. Na mesma linha de pensamento, Bilhim (2004, p. 15) acrescenta que o gestor se confronta continuamente com o facto de que “uma organização real não é um sistema meramente votado à racionalidade económica. É, antes, um conjunto articulado de seres humanos, que atuam com as suas propensões individuais”. Assim, a gestão de recursos humanos é uma atividade essencial e diferenciadora, onde as pessoas são o principal “tesouro” e o seu desempenho está dependente do modo como são criadas as condições para o desenvolvimento do seu potencial, da sua motivação e da sua satisfação.

Em síntese, a gestão de pessoas é, atualmente, um fator crítico de sucesso da gestão, determinante para qualquer organização.

Implementar e manter um sistema que assegure a eficácia das atividades de gestão e melhoria da qualidade é um objetivo crucial numa organização. O facto de os sistemas de informação desenvolvidos no passado não responderem de forma eficaz a todas as necessidades de gestão e o modo como as organizações são geridas estar em constante mutação, gerou uma forte pressão no desenvolvimento de sistemas de gestão capazes de lidarem com um ambiente cada vez mais dinâmico e competitivo, hoje sob o signo da incerteza sanitária, que condiciona a dinâmica económica, social e política.

A investigação empírica aponta para o facto de existirem limitações à gestão, quando apenas baseada em indicadores meramente financeiros, habitualmente utilizados nos processos de gestão tradicionais na avaliação de desempenho das organizações. Esta constatação gerou a necessidade de criação e desenvolvimento de modelos que traduzem os fatores críticos para o sucesso organizacional, havendo, assim, necessidade de implementar sistemas de controlo de gestão flexíveis, bem como outras formas de medir o desempenho ajustadas à estratégia organizacional, complementando os tradicionais indicadores financeiros com indicadores de natureza não financeira e, mais importante ainda, a inclusão de dimensões comportamentais que traduzam as competências chave (*Core*) como componentes fundamentais à criação de sistema de mensuração mais justos e equilibrados, de acordo com o pensamento de Taylor, Renard, & Tracy (1998).

O atual paradigma de sociedade e economia global em que vivemos, caracterizado pela descontinuidade de muitos processos e práticas, criou uma necessidade urgente de flexibilidade e rápida implementação de ações concretas, em ciclos socioeconómicos cada vez mais curtos, e a uma constante inovação e melhoria dos processos e da qualidade dos produtos e serviços, com focalização contínua na satisfação dos clientes. Tal quadro converge para o aumento do *stress* imposto às organizações, de modo a alcançarem as referidas vantagens competitivas relativamente à concorrência.

Neste contexto, os usualmente designados ativos intangíveis, adquirem ainda maior relevo, requerendo particular atenção por parte das organizações e que se traduzem na necessidade de desenvolvimento de competências permanentemente adequadas do capital humano das organizações.

Segundo Camara, Guerra & Rodrigues (1997, p. 17), “o capital humano é o potencial de crescimento, mudança e desenvolvimento latente em qualquer ser humano”. O empresário faz notar que todas as pessoas são dotadas de talento, garantindo que esse talento “é evidente e notório nuns casos, está escondido ou desconhecido em muitos outros. O importante é acreditar que ele existe, descobri-lo e cultivá-lo”. Cabe ao Estado, às escolas, às famílias, às empresas e à sociedade em geral, a missão de descobrir e desenvolver esse capital. A principal fonte de vantagem competitiva terá que ser o conhecimento, ou seja, a capacidade de gerar, gerir e desenvolver talentos.

Na perspetiva de Baron & Armstrong (2007, p. 1), a gestão do capital humano “é uma abordagem estratégica da gestão das pessoas, centrada nas questões críticas para o

sucesso da organização”. Noutra perspetiva, Lengnick-Hall & Lengnick-Hall (2003, p. 3) abordam o capital humano “como o *know how*, as destrezas e as capacidades dos indivíduos de uma organização. Reflete as competências que as pessoas trazem para o trabalho”.

Anvari, Soltani & Rafiee (2016) vão mais longe: “*looking more closely, the human capital in each organization is the key to growth and excellence. Therefore, the employees should have competencies to fulfil the role requirements and achieve performance.*”.

Em qualquer empresa é importante renovar a tecnologia, mas, acima de tudo, deve ser renovado e desenvolvido o conhecimento dos seus colaboradores. “A formação, no sentido mais amplo do termo, deve constituir a primeira obrigação de cada pessoa em relação a si própria. Só dessa forma pode garantir capacidade de diálogo com os outros e entendimento do mundo.”, sublinham Camara, Guerra & Rodrigues (1997, p. 18).

Na visão de Brilman (2000, p. 373), “a arte da gestão de recursos humanos reside (...) em fazer desenvolver e valorizar este ativo para que ele crie, por sua vez, valor para os clientes, os acionistas e as outras partes interessadas (incluindo os próprios recursos humanos e a sociedade), ao mesmo tempo que o seu custo se mantém dentro dos limites compatíveis com dois mercados, o do trabalho e o dos produtos e serviços”. Dantas (2001) acrescenta que a capacidade de inovação das organizações depende da competência dos seus recursos humanos, sendo as suas capacidades, atitudes e conhecimentos fatores chave para um maior desempenho.

No entendimento de Thomas (1988), a Gestão de Recursos Humanos não é uma evolução da gestão de pessoas, mas uma filosofia de crescimento que engloba as pessoas e as empresas. Noe (2002) olha para Gestão de Recursos Humanos como o conjunto de políticas, práticas e sistemas que influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos empregados.

Na perspetiva de Boxall, Purcell & Wright (2009, p. 613), a Gestão de Recursos Humanos são “políticas e práticas relacionadas com o fornecimento e utilização do recurso laboral requerido para que a firma alcance os seus objetivos comerciais”. Já para Davies (2001), o sucesso das organizações depende mais da capacidade intelectual dos recursos humanos do que dos seus ativos físicos. Até porque os recursos humanos são considerados o património mais preponderante de uma empresa (Huselid, 1995), sendo

de extrema importância investir e desenvolver o seu potencial e capacidades (Lim, S., Wang, T. K. & Lee, S., 2017).

Na ótica de Sherman, Bohlander & Snell (1996, p. 4), “trata-se de uma extensão dos requisitos tradicionais da gestão de pessoal, que reconhece uma interação dinâmica das atividades de pessoal entre si e com os objetivos e o planeamento estratégico da organização.”.

Cascio (2006, p. 679) sustenta que “o sistema de Gestão de Recursos Humanos é uma abordagem global de gestão que inclui os aspetos de recrutamento/seleção, retenção, desenvolvimento, ajustamento e gestão da mudança.”. Por outro lado, Kulik (2004, p. 3) define a gestão de pessoas como “o processo global da gestão das pessoas nas organizações, que tem a capacidade de influenciar o aumento dos resultados das organizações.”. Assim, a eficiência das organizações depende da exatidão da estrutura organizacional (Mikhaylov, 2014).

Na perspetiva de Camara, Guerra & Rodrigues (1997, p. 18), “nas empresas, a gestão de Recursos Humanos é uma responsabilidade individual e coletiva dos gestores e não é delegável em qualquer função de staff”. Os autores acrescentam que “os profissionais de Recursos Humanos, deverão provocar as organizações para a descoberta, desenvolvimento e rentabilização dos conhecimentos e talentos “escondidos”.

Por outro lado, Storey (1995) olha a gestão de recursos humanos (GRH) como uma abordagem distintiva da gestão dos trabalhadores, que procura alcançar uma vantagem competitiva através do desenvolvimento estratégico de uma força de trabalho, altamente capaz e empenhada, usando um conjunto integrado de técnicas culturais, estruturais e pessoais.

Voltando a Camara, Guerra & Rodrigues (1997, p. 35), “o responsável pela Gestão de Recursos Humanos deve procurar encorajar um clima organizacional que prepare e crie a apetência pela mudança. O papel do responsável pela Gestão de Recursos Humanos é também o de assessorar os gestores de linha na preparação, no arranque, na manutenção do ritmo e no controle dos processos de mudança”. Portanto, “o responsável pela Gestão de Recursos Humanos tem um papel crucial nas modernas organizações”. Para Reis & Silva (2018, p. 50), a função dos recursos humanos pode ser definida como “a função que tem como propósito obter as pessoas necessárias à organização, integrá-las e desenvolvê-

las, de modo a que a organização alcance os objetivos estratégicos definidos pelos respetivos dirigentes.

Por consequência, a Gestão de Recursos Humanos visa o alcance do propósito inerente à função; ou seja, ao respetivo gestor cabe a atividade, mais ou menos espinhosa, que consiste em otimizar o contributo humano para o alcance dos objetivos estratégicos definidos pelos dirigentes organizacionais, tendo em conta todo um conjunto de fatores condicionantes, externos e internos à organização.

É notório que os recursos humanos são o elemento chave das organizações e, portanto, é necessário que existam gestores do seu desempenho, uma vez que, sublinha Druker (1994), “as pessoas são a única vantagem competitiva sustentável de uma organização, no longo prazo”.

Na visão de Neves (2007, p. 11), olha-se para “os RH sob a forma de aptidões e de qualificações individuais e grupais, como fator de vantagem competitiva e estratégica para a sobrevivência das organizações. Neste sentido, cada vez mais estratégia global e sectorial se interpenetram e condicionam, tornando os RH um fator de continuidade entre a herança cultural da organização e o desenvolvimento coletivo das suas competências, numa perspetiva de desenvolvimento face ao futuro”.

Cunha *et al.* (2010, p. 58) sustentam que “uma GRH eficaz é estratégica - contribui para a estratégia, participa na sua implementação e reforça-a. Por conseguinte, as práticas de GRH são uma fonte de vantagem competitiva, sobretudo quando desenvolvem pessoas e equipas cujas características são difíceis de imitar pela concorrência”.

A investigação empírica identificou práticas de gestão de recursos humanos essenciais à criação e desenvolvimento de vantagens competitivas nas organizações (Cunha *et al.*, 2010), que demonstraram existirem fortes correlações entre as práticas desenvolvidas no âmbito da gestão dos recursos humanos e os indicadores de desempenho dos colaboradores. Neste contexto, emergem os sistemas de gestão do desempenho e os processos de avaliação do desempenho, como uma das ferramentas mais importantes na gestão e desenvolvimento das pessoas. Constituem-se como um instrumento de aferição da contribuição individual para o resultado global de uma organização.

Os sistemas de mensuração do desempenho, quando bem concebidos, desenhados, comunicados e implementados, permitem alcançar este objetivo estratégico, suportados

em elevadas performances. Assim, importa agora verificar o conceito a gestão do desempenho enquanto ferramenta que visa melhorar a performance dos colaboradores e, conseqüentemente, das organizações.

## 1.2. GESTÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

A gestão do desempenho é um processo integrado em que gestores e colaboradores trabalham de forma simultânea com o objetivo de esclarecer os procedimentos, expectativas, medidas, revisões de resultados e recompensas, face ao resultado obtido na avaliação de desempenho realizada (Hartog, Boselie & Paauwe, 2004).

Na perspetiva de Deepa, Palaniswamy & Kuppusamu (2014), pode ser caracterizado como um procedimento formal que mede o comportamento e fornece informações sobre o desempenho atual dos colaboradores e sobre a forma como o seu trabalho pode-se tornar mais eficaz no futuro. Por esta razão, os autores consideram esta ferramenta de extrema importância para o desenvolvimento das empresas... e das pessoas.

Lawler (2003) define a gestão do desempenho da seguinte forma: *“as a concept which can integrate both behavior and the results in a work system. In other words, performance management is a collective approach of managing operational activities based on agreed objectives, knowledge and skill for strategic goal achievement”*.

Na mesma linha de pensamento, Walters (1995) afirma: *“performance management is about directing and supporting employees to work as effectively and efficiently as possible in line with the needs of the organization.”*

A gestão do desempenho pode, ainda, ser definida como “um processo contínuo de identificação, medição e desenvolvimento dos indivíduos e equipas, e de alinhamento do respetivo desempenho com os objetivos estratégicos da organização. Dela depende o sucesso estratégico da organização e, numa linguagem empresarial, a capacidade competitiva da empresa”, afirma Cunha, Rego & Habid (2013, p. 484).

Elembilassery (2019) expressa: *“performance measurement is defined as the task of evaluating and rating employees based on an accepted and communicated performance indicators. Continua, afirmando: the event of executing performance measurement is defined as performance appraisal.”*

De facto, nos Recursos Humanos, ou melhor, na Gestão de Recursos Humanos, a gestão de desempenho é muitas vezes ligada à avaliação de desempenho em que os resultados das empresas dependem do somatório dos contributos individuais dos membros da organização. Segundo Carvalho (2008, p. 242), “a avaliação de desempenho constitui-se numa série de técnicas, com a finalidade de obter informações sobre o comportamento profissional do avaliado durante o seu desempenho no trabalho”.

De acordo com Cunha, Rego & Habid (2013), a gestão de desempenho surge como um processo sistemático e contínuo que mede os resultados individuais não só face aos objetivos organizacionais, mas também face às hipóteses de melhoria e desenvolvimento individual. Para além disso, a avaliação de desempenho era definida por ser um processo que visava à identificação, avaliação e classificação do desempenho dos colaboradores e, simultaneamente, reforçava os colaboradores em termos de reconhecimento, orientação na carreira e identificação de necessidades de melhoria no trabalho (Lansbury, 1988).

Chiavenato (1999, p. 189) sustenta que “a avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, das metas e resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento”. Serve para julgar ou estimar o valor, a excelência e as qualidades de uma pessoa e, sobretudo, a sua contribuição para o negócio da organização. No entanto, não podemos ser indiferentes ao facto das avaliações variarem de empresa para empresa. Cada organização é única e deve adaptar-se ao seu meio envolvente.

Na perspetiva de Den Hartog (2004), a definição de gestão do desempenho traduz-se no processo organizacional através do qual se definem os padrões de resultados e valores organizacionais, conformes à estratégia e objetivos da organização, em termos de *benchmarking* e/ou em termos longitudinais.

Para Bacal (2004), o sistema de gestão de desempenho é visto como uma troca ativa entre empregadores e colaboradores sobre as suas expectativas, metas e progressos tanto organizacionais, como individuais. A avaliação de desempenho, para além de muitas outras funções, permite aos gestores encontrarem problemas que não estão diretamente à vista. Para além disso, de acordo com Chiavenato (1999, p. 189), é um excelente meio para a “integração das pessoas à organização, de adaptação da pessoa ao cargo, de localização de possíveis dissonâncias ou carências de treinamento e,

consequentemente, estabelecer os meios e programas para eliminar ou neutralizar tais problemas”.

De acordo com Milkovich & Boudreau (1994, p. 165), a “avaliação do desempenho é o processo que mede o desempenho do funcionário. O desempenho do funcionário é o grau em que ele alcança os requisitos do seu trabalho”.

Já na perspectiva de Certo (1994, p. 280), “avaliação do desempenho é o processo de rever a atividade produtiva passada para avaliar a contribuição que os indivíduos fizeram para o alcance dos objetivos”. Gómez-Mejía, Balkin & Cardy (1995, p. 256) sustenta que “avaliação do desempenho é a identificação, mensuração e administração do desempenho humano nas organizações. A avaliação deve ser mais do que uma atividade orientada para o passado, ou seja, deve estar orientada para o futuro para poder alcançar todo o potencial humano da organização”.

Na visão de Pacheco (2007, p. 4), o principal objetivo da avaliação de desempenho é “diagnosticar e analisar o desempenho individual e grupal dos funcionários, promovendo o crescimento pessoal e profissional, bem como um melhor desempenho”.

Para o autor, a avaliação de desempenho admite contacto permanente com os colaboradores da entidade, medir o seu desempenho, avaliar resultados, medir níveis de produtividade, identificar problemas (e arranjar soluções para os mesmos), entre outros. De facto, a avaliação de desempenho avalia tanto as coisas boas como as coisas más, ou melhor, menos boas. Cabe ao gestor saber encontrar os pontos fracos dos colaboradores e corrigi-los bem como encontrar os pontos positivos e realçá-los.

“A avaliação de desempenho é, mais do que uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa no cargo, é também a verificação do seu potencial de desenvolvimento futuro”, afiança (Chiavenato, 2002, p. 325), ou seja, as pessoas estão, constantemente, a ser avaliadas, mais que não seja, inconscientemente. Este facto, pode não ser um aspeto totalmente negativo pois, permite, localizar problemas, como por exemplo o desaproveitamento de indivíduos com potencial mais elevado do que aquele que é exigido no cargo que ocupam. Portanto, de acordo com Chiavenato (2002), a avaliação de desempenho é o suporte para uma política adequada de recursos humanos às necessidades da organização.

Caruth e Humphreys (2008) reforçam esta ideia, referindo que a avaliação deverá constituir um instrumento estratégico de medida de performance organizacional. Assim, o processo deverá comportar as características essenciais para o desenvolvimento das diversas necessidades organizacionais: administrativas, motivacionais de desenvolvimento e estratégicas, ao nível de todos os seus clientes internos, desde gestores de topo, passando pelos intermédios e não ignorando os de carácter operacional.

Segundo Carroll e Schneier (1982), a avaliação de desempenho é um processo em que se procura identificar, observar, medir e desenvolver o desempenho dos indivíduos, tendo como principal propósito torná-lo congruente com os objetivos da organização. De facto, as empresas têm desenvolvido sistemas de gestão de desempenho que estão não só relacionados com a avaliação, mas também com o desenvolvimento (Cascio, 2006).

Os objetivos dos processos de gestão de desempenho consistem em: a) fornecer *feedback* aos colaboradores em todos os níveis; b) ter bases sólidas de decisão ao nível do emprego (e.g. salários; promoções; retenção; rescisão; promoção e atribuição de tarefas); e c) um meio de alerta para colaboradores com desempenho insatisfatório (Cascio, 2006).

Por fim, de acordo com Caetano (2008), a avaliação de desempenho consiste na apreciação formal e sistemática, relativa a um determinado período, do desempenho das pessoas nas funções ou atividades específicas pelas quais são responsáveis.

Dusterhoff, Cunningham e MacGregor (2014) lembram que o processo de avaliação de desempenho é, de dia para dia, cada vez mais percecionado como um elemento de ligação entre o comportamento dos funcionários e os objetivos estratégicos da organização. Mas para que este “diálogo” funcione na perfeição, há que identificar as melhores fontes de avaliação, conceito que se desenvolverá seguidamente, designadamente a avaliação 360°.

### **1.2.1 FONTES DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO**

As fontes de avaliação do desempenho são da maior importância para os sistemas de mensuração numa ferramenta de gestão que, no entender de Almeida (1996), é um processo bastante “emocional”. De facto, uma avaliação equitativa e imparcial é uma tarefa que não é fácil. Qualificar indivíduos com quem se trabalha no dia-a-dia torna o

processo de avaliação de desempenho um assunto sensível no interior das empresas, com forte impacto nos produtos ou serviços prestados ao cliente.

Cada organização deve adotar o seu próprio sistema de avaliação, com as suas idiossincrasias. Cada empresa é única e, tal como todos nós, somos diferentes dos demais, cada organização tem as suas características e particularidades.

Na perspetiva de Fernandes e Caetano (2007), os intervenientes organizacionais que estão capacitados para realizar a avaliação de desempenho são o chefe direto, os colegas do avaliado e o próprio avaliado (autoavaliação) ou os subordinados.

Segundo os mesmos autores, a autoavaliação foi desenvolvida com o objetivo de superar as deficiências e insatisfação por parte dos avaliados. Este tipo de avaliação permite que o trabalhador se avalie a si próprio de forma a possibilitar definir os pontos fortes bem como os seus pontos fracos. Além disso, permite elucidar as suas potencialidades melhor do que qualquer outra pessoa.

Cunha *et al.* (2010, p. 509-514), para além da chefia direta, dos colegas, dos subordinados e da autoavaliação, propõem outras duas fontes possíveis: “o técnico do departamento de recursos humanos e os clientes (internos e externos)”.

Por sua vez, Chiavenato (1999, p. 192-194) acrescenta ainda a comissão de avaliação do desempenho. Afirmar que se trata de “uma avaliação coletiva feita por um grupo de pessoas direta ou indiretamente interessadas no desempenho dos funcionários”. Continua dizendo que, os “membros permanentes e estáveis (como o presidente da organização ou seu representante, o dirigente, o órgão de recursos humanos e o especialista em avaliação do desempenho) participam de todas as avaliações e o seu papel é moderar e assegurar a manutenção do equilíbrio dos julgamentos, do atendimento aos padrões organizacionais e da constância do sistema”.

De acordo com o autor brasileiro, a opinião destas pessoas é provavelmente mais completa do que a de um único indivíduo. No entanto, as pessoas avaliadas podem sentir-se inferiorizadas pois o seu desempenho depende de uma comissão central que julga, aprova ou desaprova os indivíduos.

Caetano (2008) sublinha que na segunda metade do século passado as organizações com uma cultura mais dinâmica passaram a incorporar também como fonte de avaliação o próprio subordinado ou avaliado. Esta afirmação sublinha a importância

da autoavaliação demonstrada já, anteriormente, por outros autores até porque do ponto de vista organizacional a incorporação da autoavaliação é relevante para a eficácia e validação do processo de avaliação e gestão do desempenho.

A avaliação 360°, de acordo com Cunha *et al.* (2010, p. 512), é “a utilização combinada de diversos avaliadores, que podem aliás debruçar-se sobre diferentes critérios de avaliação”. Na perspetiva dos autores, pode denominar-se também por “*feedback* 360 graus - ou *feedback* multi-ponto, *feedback* multi-avaliador ou *feedback* de círculo completo”. Estas denominações fazem sentido uma vez que este tipo de avaliação recorre a múltiplas fontes e, assim, aumenta o grau de objetividade e assertividade da avaliação.

A avaliação 360° deve ser olhada como “um dos instrumentos de gestão do desempenho e do desenvolvimento das competências do avaliado” (Caetano, 2008, p. 58). O avaliado recebe *feedback* dos vários tipos de avaliadores, “o qual é recolhido através de um questionário estruturado, respondido anonimamente pelas diversas fontes”, acrescenta o autor.

Trata-se de uma metodologia que se fundamenta na participação de todos os que têm relação direta com o avaliado, permitindo a recolha dos contributos de várias fontes. O profissional é avaliado não somente pelo superior, mas também pelos seus pares, eventuais subordinados. Pode ser vista como é uma excelente fonte de motivação para os trabalhadores, porque fornece uma avaliação “honestas” de como o colaborador e o seu desempenho são vistos.

No entanto, na perspetiva de Caetano (2008, p. 58), “não é um sistema adequado para fazer a avaliação de desempenho, nem para tomar decisões sobre salários ou promoções, mas sim para promover o desenvolvimento profissional do gestor ou supervisor”. Acrescenta que a “sua utilidade é maior quando é perspetivada como um dos instrumentos de gestão do desempenho e do desenvolvimento das competências do avaliado, sobretudo na área da liderança. Este sistema é utilizado essencialmente com funções de chefia (...). Tem sido também utilizado em contextos de trabalho de equipa, numa perspetiva de melhoria do seu desempenho”.

Na linha de pensamento de Camara, Guerra & Rodrigues (1997, p. 376-377), a “natureza da avaliação 360°, como ferramenta de desenvolvimento, leva mesmo algumas Empresas a evitar o termo “avaliação” e chamar-lhe “*feedback* a 360° e processo de desenvolvimento” para vincar claramente que o objetivo não é medir o desempenho, mas

criar formas de o Colaborador conseguir aperfeiçoar a sua atuação, na área comportamental”. Concluem dizendo que, de forma frequente, as empresas começam por implementar uma avaliação a 270° (avaliação de desempenho do colaborador pela chefia e pelos seus pares) e, assim que estabilizada, avançam para a avaliação 360°.

Para Brilman (2000, p. 391), “as grandes vantagens deste método são a coerência com o sistema de valorização da organização, a objetividade reforçada e a implementação do conjunto do pessoal nas avaliações. O sistema reforça a importância da equipa em relação ao grupo e o pessoal tem o sentimento de ser muito mais escutado”.

Noutra perspetiva, Ferreira (2015, p. 265) identificam as vantagens da avaliação 360°: “influxo de *feedback* internacional acrescido; avaliações efetuadas por quem está em melhor posição de observação dos comportamentos avaliados; maior validade das avaliações; e instrumento de tomada de decisão e de desenvolvimento”.

Chiavenato (1999, p. 193) acrescenta que a avaliação 360° é “mais rica por produzir diferentes informações vindas de todos os lados e funciona no sentido de assegurar a adaptabilidade e o ajustamento do funcionário às variadas demandas que ele recebe de seu ambiente de trabalho ou de seus parceiros”.

Cunha *et al.* (2010, p. 513), por seu turno, defendem que entre as suas principais vantagens se destacam “o desenvolvimento das capacidades de liderança, a redução das distorções de avaliação por via da utilização de múltiplos avaliadores e critérios, bem como a riqueza da informação que pode ser discutida em sessão de *feedback*”.

A liderança, em articulação com o gestor de recursos humanos, deve equacionar qual o método de recolha mais indicado, sendo certo que, além da autoavaliação, a fonte mais eficaz, muito provavelmente, é a avaliação 360°.

Uma avaliação realizada externamente acarreta inúmeras vantagens. Aliás, as avaliações externas podem levar a melhorias nas avaliações internas. Permite uma visão distanciada e potencialmente mais crítica evitando-se assim eventuais conflitos internos. De facto, conforme foi descrito anteriormente, os conflitos internos são uma das maiores desvantagens de avaliações internas. Para além disso, avaliar de forma externa promove uma avaliação mais ampla e significativa do objeto em estudo. Neste estudo, recorde-se, pretende-se conhecer a perceção dos utentes dos serviços de saúde da região centro.

Definido o conceito de gestão do desempenho enquanto instrumento de gestão e as fontes de avaliação do desempenho, entre as quais a avaliação 360°, importa agora abordar algo que é fundamental no domínio organizacional e nos processos de mensuração: a qualidade.

### **1.3. O CONCEITO DE QUALIDADE**

A qualidade dos serviços de saúde é uma questão crítica para muitos investigadores de diferentes áreas da ciência. Estudos acerca da evolução do conceito de qualidade dos serviços de saúde permitem prever que, historicamente, a qualidade dos mesmos significava coisas distintas para diferentes *stakeholders*, mesmo que usassem o mesmo conceito.

Os médicos, tradicionalmente, relacionam a qualidade do serviço com bons resultados clínicos, expressos em termos de medidas objetivas. Por outro lado, os gestores das organizações de saúde tendem a avaliar a qualidade do serviço utilizando medidas de gestão. Por sua vez, os pacientes avaliam a qualidade do serviço em função das suas relações com os profissionais de saúde e da sua experiência dentro da unidade de saúde.

Tentando operar o sucesso num ambiente em rápida mudança, é necessário fornecer aos utentes das unidades de saúde, serviços que atendam ou excedam as suas necessidades e expectativas. Ao mesmo tempo, é importante entender a perspetiva dos prestadores de serviços sobre os fatores críticos de sucesso, isto é, os fatores determinantes para serviços de alta qualidade.

A complexidade dos serviços de saúde e a importância da competência dos prestadores de serviços de saúde, nos resultados da atenção à saúde, permitem não depender apenas da perspetiva dos consumidores para a qualidade do serviço.

De facto, a qualidade é um conceito que tem várias definições e significados. Aliás, os autores definem qualidade de diferentes modos.

Uma “qualidade” significa um atributo ou uma propriedade. Atributos são atribuíveis, por um sujeito, enquanto as propriedades são possessíveis (Honderich, 2005). A definição de qualidade e a discussão sobre quais os atributos que constituem a qualidade permanece controversa.

Existem muitas abordagens sobre como definir qualidade, incluindo: 1) uma abordagem transcendente onde a qualidade é indefinida, mas evidente quando ela existe; 2) uma abordagem baseada no produto onde este é medido pela quantidade de atributos; 3) uma abordagem baseada no utilizador onde a medida da qualidade é a sua capacidade de satisfazer o cliente; 4) uma abordagem baseada na fabricação em que a qualidade esteja em conformidade com as normas; 5) uma abordagem baseada em valor onde a qualidade é a excelência a um preço acessível (Stichler & Weiss, 2001).

Crosby (1979) foca o seu conceito de qualidade no quanto um produto ou serviço cumpre as especificações pré-definidas. Isto é, a qualidade é uma importante dimensão da gestão de produção e operações e devem-se estabelecer níveis de qualidade para bens ou serviços, garantindo que esses níveis sejam alcançados. Para o autor, estas tarefas são importantes para praticamente todas as organizações empresariais. É importante permitir que os bens e serviços tenham a qualidade certa para competir com os concorrentes e, em simultâneo, gerar lucro.

Por outro lado, Deming (1988), Feigenbaum (1983) e Ishikawa (1985) definem qualidade como os produtos e serviços necessários à satisfação dos clientes de acordo com as suas necessidades e expectativas.

Deming (1988) vai mais além e afirmou que, através da melhoria da qualidade, o número de horas de mão-de-obra e do tempo despendido pelas máquinas sejam menores ao mesmo tempo que se fabrica um produto de qualidade e um melhor serviço. O resultado é uma reação em cadeia: menos custos, uma posição mais competitiva e trabalhadores motivados na organização e no desempenho das suas funções.

Na definição de Juran (1988), ambas as visões são incorporadas, ou seja, a qualidade é medida pelo cumprimento das especificações e pela satisfação dos clientes simultaneamente. Efetivamente, para Juran (1988) a palavra “qualidade” tem muitos significados, no entanto, dois são de extrema importância quando o objetivo é controlar a mesma: 1 - “Qualidade” pode ser definida como sendo o conjunto das características dos produtos que atendem às necessidades do cliente e, dessa forma, proporcionam a satisfação do cliente. Esta definição de qualidade está então orientada para o lucro. O objetivo de uma qualidade superior é proporcionar maior satisfação ao cliente e, espera-se, aumentar a receita. No entanto, fornecer mais recursos e/ou de melhor qualidade geralmente requer um investimento adicional e, portanto, um aumento de custos.

Qualidade superior, neste sentido, geralmente “custa mais”; 2 - “Qualidade” significa também a ausência de deficiências - ausência de erros que exijam a repetição de um determinado processo ou que resultem em falhas de campo, insatisfação do cliente e reclamações do cliente. Neste sentido, o significado de qualidade está orientado para os custos, e uma maior qualidade geralmente “custa menos”.

Por outro lado, McLaughlin & Kaluzny (2006) acrescentam ainda que há, essencialmente, três níveis de qualidade. Estes níveis são cumulativos, sendo que a dificuldade de atingir um certo grau de qualidade aumenta com cada um deles: 1 - Desenvolver um produto ou serviço que atinge as especificações predefinidas; 2 - Atingir ou exceder os requisitos do consumidor através dos atributos do produto ou serviço; 3 - Ter um produto ou serviço que excede significativamente as expectativas do consumidor, deixando-o satisfeito e agradado.

Definido o conceito de qualidade, desenvolve-se seguidamente o conceito de qualidade dos serviços de saúde.

### **1.3.1 QUALIDADE DOS SERVIÇOS NA INDÚSTRIA DA SAÚDE**

Uma comparação feita por Donabedian (1993), entre qualidade numa perspetiva industrial e qualidade numa perspetiva dos serviços de saúde, revelou que as duas são bastante semelhantes, sendo que ambas apresentam pontos fortes e pontos fracos.

O modelo industrial é limitado por: (1) ignorar a complexidade da relação entre paciente e prestador de serviço; (2) desvalorizar o conhecimento, qualidade e motivação do profissional; (3) tratar a qualidade de forma isolada, ignorando a relação qualidade/custo; (4) dar mais atenção a atividades de suporte em detrimento de atividades clínicas; e (5) dar menos ênfase à influência na performance profissional da educação, treino, supervisão, encorajamento e censura (Donabedian, 1993).

Por outro lado, Donabedian sugere que o modelo de cuidados de saúde pode retirar o seguinte do modelo industrial: 1 - uma nova apreciação da solidez das tradições quanto à qualidade nos cuidados de saúde; 2 - a necessidade de uma atenção ainda maior aos requisitos, valores e expectativas do utente; 3 - a necessidade de uma maior atenção no desenho dos sistemas e processos de modo a estes oferecerem garantias de qualidade; 4 - a necessidade dos gerentes assumirem um papel de maior importância na qualidade dos cuidados de saúde; 5 - a necessidade de desenvolver aplicações através de métodos

estatísticos de controlo na monitorização dos cuidados de saúde; 6 - a necessidade de uma maior educação e treino na monitorização de qualidade de todos os envolvidos.

As características distintas dos cuidados de saúde, como a intangibilidade, a heterogeneidade e a simultaneidade tornam difícil definir e medir a qualidade e a natureza complexa dos cuidados de saúde. Ou seja, os serviços de saúde não podem ser armazenados para consumo posterior, variam de situação para situação e são criados e utilizados ao mesmo tempo. Os autores da área da saúde têm diferentes visões.

De acordo com Joss & Kogan (1995), Naveh & Stern (2005) e McLaughlin & Kaluzny (2006), a qualidade do serviço, devido à sua intangibilidade, depende da qualidade do atendimento e das interações que os profissionais de saúde têm com os pacientes. No entanto, para Piligrimiene & Buciuuene (2011) tem havido divergências entre utentes, profissionais médicos e políticos sobre o que é qualidade em saúde. De facto, Naveh & Stern (2005) afirmam que o problema do desenvolvimento de sistemas de saúde de alta qualidade está a crescer. Aliás, há um consenso de que os sistemas de saúde requerem um processo contínuo de melhoria da qualidade.

Donabedian (1980, 1987, 1988) observou que as definições de qualidade normalmente refletem os valores e objetivos do sistema atual de cuidados médicos e da grande maioria da sociedade. Distinguiu então três aspetos que podem ser escolhidos para medir qualidade: Estrutura: recursos disponíveis para providenciar cuidados de saúde; Processo: o grau em que os profissionais de saúde atuam de acordo com os standards aceites; e Resultado: mudança na condição do paciente após o tratamento.

Muitos autores têm sublinhado a importância de determinar o papel da qualidade na escolha hospitalar dos utentes, bem como satisfazer e reter clientes. Arasli, Ekiz & Katircioglu (2008) e Karassavidou, Glaveli & Papadopoulos (2009) afirmam ainda que a melhoria da qualidade dos serviços das unidades de saúde irá aumentar o número de utentes satisfeitos e conseqüentemente a fidelização do cliente.

Outras pesquisas comprovam também que a prestação de serviços de qualidade têm uma relação significativa com a satisfação do cliente (Boulding *et al.*, 1993; Johns, Aveci & Karatepe, 2004; Kara *et al.*, 2005), a retenção de clientes (Reichheld & Sasser, 1990), a lealdade (Boshoff & Gray, 2004;), os custos (Wilson *et al.*, 2008), a rentabilidade (Rust & Zahorik, 1993; Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996), as garantias do serviço (Kandampully & Butler, 2001) e o desempenho financeiro (Buttle, 1996) de empresas de

serviços (Sohail, 2003). Isso forçou as empresas a desenvolver uma melhor compreensão do que a qualidade do serviço significava para o cliente e como ele poderia ser mais bem medido (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985, 1988).

Ao contrário dos produtos, onde a qualidade pode ser facilmente avaliada, a qualidade do serviço é um conceito esquivo e abstrato que é difícil de definir e medir (Lee *et al.*, 2000). Berry, Parasuraman & Zeithaml (1988) definem a qualidade do serviço como a conformidade com as especificações do cliente. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) observam a qualidade do serviço como a diferença entre o que estava previsto ou esperado (expectativas do cliente) e o atendimento percebido (percepções do cliente).

De acordo com Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), a qualidade do serviço é a percepção dos clientes sobre o quão bem um serviço atinge ou excede as suas expectativas e é julgado pelos clientes, e não pelas organizações. A natureza interativa do processo de serviço resulta na avaliação da qualidade dos consumidores imediatamente após a prestação e desempenho desse serviço (Douglas & Connor, 2003).

Assim, o desempenho é provavelmente a arma competitiva mais importante no ramo dos serviços (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992), não só separa uma empresa das outras, como também cria clientes fiéis que espalham uma mensagem favorável da organização (Youssef, 1996). Nos seus estudos, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988, 1991 & 1994) encontram uma relação positiva e significativa entre a percepção dos clientes sobre a qualidade do serviço e sua disposição em recomendar a empresa.

Muitos esforços têm sido feitos para desenvolver a definição de qualidade dos serviços de saúde. Donabedian (1980) definiu a qualidade do serviço como o tipo de cuidado que deverá maximizar uma medida inclusiva do bem-estar do paciente, tendo em conta o equilíbrio dos ganhos e perdas esperadas que atendem ao processo de cuidado em todas as suas partes.

Enquanto isso, Ovretveit (1992) define a qualidade como a atenção dada às necessidades daqueles que mais precisam do serviço, ao menor custo para a organização, dentro dos limites e diretrizes estabelecidos pelas autoridades.

As exposições acima mostram a complexidade do conceito de qualidade na área da saúde. Assim, para procurar a forma de definir e medir a qualidade dos serviços de

saúde, pode ser mais aconselhável olhar para os determinantes de qualidade (dimensões) que o constituem.

Segundo Donabedian (1980), é possível conceber a qualidade como produto de dois fatores: 1) a ciência e a tecnologia da saúde e 2) a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática real. Em relação a Donabedian (2003), esse produto de dois fatores pode ser caracterizado por sete atributos que incluem eficácia, efetividade, eficiência, idealidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Essas dimensões de qualidade, tomadas de forma cingida ou numa variedade de combinações, constituem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde.

Donabedian é conhecido também pelo modelo de "estrutura-processo-resultado" (SPO) que foi sugerido para avaliar a qualidade da assistência à saúde. Nesse modelo, a estrutura indica os cenários onde a assistência à saúde é prestada: o processo indica como o cuidado é tecnicamente prestado e o resultado indica o efeito do cuidado na saúde ou bem-estar do paciente (Donabedian, 2003). Este autor sugeriu então explorar esses três níveis nas três dimensões da definição de qualidade: atendimento técnico (perspetiva profissional), relações interpessoais (perspetiva do paciente) e comodidades. A estrutura de Ovretveit (1992), baseada no modelo de Donabedian, explicita três dimensões ligeiramente diferentes: perspetivas dos pacientes, dos profissionais e dos gestores.

Por outro lado, Campbell *et al.* (2000) sugeriram duas dimensões: acesso e eficácia. Consideram o sistema de saúde como uma estrutura e o cuidado central do paciente como o processo central na prática geral.

Swartz, Bowen & Brown (1995) mantêm as três perspetivas de Ovretveit (pacientes, profissionais, gestores) e adiciona a continuidade e a segurança aos determinantes já propostos por Donabedian (atendimento técnico, relações interpessoais e comodidades) e por Campbell *et al.* (2000) (acesso e eficácia) (Blaise, 2003).

O Instituto de Medicina Americano (2001) ofereceu outro quadro composto por seis dimensões: segurança, eficácia, centro do paciente, pontualidade, eficiência e equidade.

Os dois principais conceitos/instrumentos para a medição da qualidade do serviço que têm um uso extensivo em diversos campos, são os do modelo Grönroos (1984) de

qualidade “técnico-funcional” e Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985 & 1988) através do modelo *Servqual*.

Grönroos (1984) observou que a qualidade do serviço percebida pelos clientes tem duas dimensões: uma dimensão funcional e uma dimensão técnica. A qualidade funcional concentra-se no “como” e considera questões como o comportamento da equipa de contacto com o cliente e a velocidade do serviço. Por outro lado, a qualidade técnica concentra-se no “o quê” e considera tais questões como resultado da prestação de serviços.

Embora a qualidade técnica no setor da saúde seja definida principalmente com base na precisão técnica dos diagnósticos e nos procedimentos médicos ou na conformidade com as especificações profissionais, a qualidade funcional refere-se à forma como o serviço de saúde é prestado aos pacientes (Lam, 1997).

Por outras palavras, a qualidade técnica refere-se ao que os clientes recebem e a qualidade funcional à forma como podem obtê-lo. Pesquisas mostraram que a qualidade técnica está aquém de ser uma medida verdadeiramente útil para descrever como os pacientes avaliam a qualidade de uma consulta médica (Bowers, Swan & Koehler, 1994).

Ware & Snyder (1975) afirmam que, embora a qualidade técnica seja uma prioridade para os pacientes, a maioria dos pacientes não tem o conhecimento para avaliar efetivamente a qualidade do processo de intervenção diagnóstica e terapêutica ou, as informações necessárias para tal avaliação, não são partilhadas com os pacientes.

Cronin & Taylor (1992), McAlexander, Kaldenberg & Koenig (1994) e Camilleri & O'Callaghan (1998) descobriram que há uma ligação entre a perceção do paciente sobre a qualidade do serviço e a satisfação do paciente. Pesquisas têm mostrado que os consumidores tendem a avaliar a qualidade dos serviços de saúde, focando em questões mais funcionais, como instalações físicas, interações com rececionistas, em vez de avaliar aspetos técnicos da prestação de serviços (Davies & Ware, 1981; Barnes & Mowatt, 1986; Crane & Lynch, 1988; Brown & Swartz, 1989).

Pesquisas constataam ainda que a satisfação do paciente está positivamente relacionada às intenções de compra (Cronin & Taylor, 1992), lealdade aos prestadores de cuidados de saúde (John, 1992; Woodside, Frey & Day, 1989) e adesão às recomendações de tratamento médico (Hall & Dornan, 1990).

De acordo com Bopp (1990), há uma forte conexão entre as percepções de qualidade dos serviços de saúde e a satisfação do cliente. O foco dos profissionais de saúde é fornecer o tratamento adequado aos seus pacientes, sendo que acreditam que este é também o foco dos mesmos.

No entanto, como observaram Swartz & Brown (1989), as percepções dos pacientes muitas vezes diferem das dos médicos e, por sua vez, estes podem avaliar mal o que o paciente valoriza. Este facto pode causar insatisfação do lado do paciente, levando-o a procurar uma nova unidade de saúde e a espalhar, “boca a boca”, comentários negativos da unidade de saúde (Brown & Swartz, 1989; Swartz & Brown, 1989).

### **1.3.2 MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: MODELOS**

Esta seção aborda como a qualidade das unidades de saúde tem sido medida e os modelos utilizados. Endeshaw (2020) identificou cinco modelos para medir a qualidade dos serviços de saúde nomeadamente os modelos: *Donabedian*, *Serqual*, *Healthqual*, *PubHosQual* e *HospitalQual*.

#### ***Modelo de Donabedian***

Donabedian (2005) foi o primeiro autor a fazer um estudo de qualidade na saúde, referindo-se especificamente aos serviços de saúde. O autor afirma que a possibilidade de melhoria da qualidade da saúde dependia tanto da qualidade técnica quanto interpessoal dos serviços de saúde. O cuidado técnico aborda os aspetos do tratamento médico do cuidado com o paciente, enquanto o cuidado interpessoal concentra-se na comunicação com o paciente sobre o seu tratamento.

Da mesma forma, Zarei *et al.* (2012), autores que avaliaram a qualidade do serviço dos hospitais privados iranianos na perspetiva dos utentes, afirmam que, a qualidade técnica coloca ênfase nas habilidades, na precisão das práticas e procedimentos e nos exames médicos, enquanto a qualidade funcional ou do processo olha mais para os métodos pelos quais os serviços são prestados aos pacientes. Lam (1997) acrescentou ainda que devido à falta de conhecimento por parte dos utentes sobre as qualidades técnicas dos serviços, a sua avaliação baseia-se essencialmente no processo de tratamento médico.

Para Donabedian (1980), é consensual que a qualidade dos serviços de saúde deve ser medida utilizando os pontos de vista dos principais *stakeholders*, como utentes, profissionais de saúde, investidores, políticos e gestores das unidades de saúde.

Donabedian (1987) propôs então utilizar um conjunto de três itens interligados, ou seja, estrutura, processo e resultado para medir a qualidade dos serviços de saúde. O modelo compreende, assim, as seguintes dimensões como ferramenta de medição da qualidade das unidades de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitação, legitimidade e equidade.

### *Servqual*

Após definir o conceito de qualidade do serviço, os investigadores precisavam de uma ferramenta para medir o nível da qualidade dos serviços. Esperava-se que a ferramenta destacasse os atributos que requerem melhorias de modo a aumentar a qualidade, reconhecer o grau ou quantidade de melhoria necessária e identificar como o impacto dos esforços de melhoria da qualidade do serviço pode ser avaliado.

Com essas preocupações, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985, 1988) desenvolveram o modelo *Servqual*, que é a ferramenta mais utilizada para medir a qualidade dos serviços até hoje. De acordo com Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), o *Servqual* é um modelo famoso baseado na ideia de que a qualidade é uma avaliação subjetiva do cliente, visto que o serviço não é um produto físico, mas sim uma experiência. Apesar das controvérsias sobre a validade e confiabilidade do modelo, para Teas (1994) e Newman, Maylor & Chansarkar (2001) ele é comumente aplicado nas unidades de saúde.

O modelo *Servqual* foi baseado no modelo de Desconfirmação (Oliver, 1980) que propõe que a satisfação é uma função da desconfirmação da percepção da expectativa (Lee *et al.*, 2000). Embora o modelo forneça uma boa indicação relativa sobre como os níveis de serviço taxam em relação a concorrentes semelhantes, ele carece de uma base quantitativa que possa ser usada universalmente entre as indústrias (Baggs & Kleiner, 1996).

Este modelo mede a qualidade do serviço em cinco dimensões: confiabilidade, tangibilidade, responsividade, garantia e empatia em 22 itens. Cada item é escrito duas vezes: primeiro determinam-se as expectativas dos prestadores de serviços na categoria

de serviços em que estão a ser investigados, segundo medem-se as perceções de desempenho de uma determinada empresa (Llosa, Chandon & Orsinger, 1998).

O referido modelo foi utilizado em várias indústrias, no entanto, as descobertas destes estudos indicam que o número de dimensões do serviço não é único (Llosa, Chandon & Orsinger, 1998). Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) alegaram que o *Servqual* forneceu um esqueleto básico através do seu formato de expectativas/perceções e, quando necessário, o esqueleto pode ser adotado ou complementado para atender às características ou necessidades específicas de pesquisa de uma determinada organização.

Carman (1990) identificou diferentes dimensões ao utilizar o modelo *Servqual* para medir a qualidade dos serviços de saúde num estudo relativo aos hospitais. Destacou nove dimensões: triagem, estadia, alimentação, privacidade, cuidados de enfermagem, explicação do tratamento, acesso e cortesia concedido aos visitantes, planeamento de altas médicas e custos do serviço médico pagos pelo paciente.

Brown & Swartz (1989) avaliaram os serviços médicos na perspetiva dos profissionais de saúde e dos pacientes e divulgaram que a interação médica foi o indicador mais importante que satisfaz os pacientes.

Por sua vez, Jabnoun & Chaker (2003) compararam a qualidade das perceções de serviço dos pacientes em hospitais privados e públicos nos Emirados Árabes Unidos. Os autores encontraram cinco dimensões: confiabilidade, responsividade, serviços de apoio, empatia e produtos tangíveis para a comparação das perceções da qualidade do serviço em hospitais privados e públicos.

Sohail (2003) avaliou a qualidade dos serviços prestados aos pacientes por hospitais privados na Malásia e constatou que as perceções excediam as expectativas em todas as dimensões.

Boshoff & Gray (2004) operacionalizaram a qualidade do serviço em sete dimensões, ou seja, comunicação, produtos tangíveis, a empatia dos profissionais de enfermagem, a garantia, a recetividade do pessoal administrativo, segurança e responsividade médica.

Iyer & Muncy (2004) utilizaram as dimensões do *Servqual* para comparar a confiança dos pacientes em diferentes grupos. Descobriu-se que os grupos de alta confiança estavam muito preocupados com a confiabilidade e a capacidade de resposta,

enquanto os grupos de baixa confiança eram mais a favor da empatia e dos produtos tangíveis.

Babakus & Mangold (1992) testaram a adequação do *Servqual* ao setor de saúde e constataram que era válido e confiável no que diz respeito à qualidade funcional dos serviços nos hospitais. No entanto, para o sucesso a longo prazo, os gestores das unidades de saúde têm de incluir os aspetos técnicos de qualidade dos serviços nos hospitais.

Carman (1990) sugeriu requisitos para a modificação de itens no *Servqual* para cada indústria. Babakus & Boller (1992), por outro lado, enfatizaram a exigência de dimensões específicas da indústria para medir a qualidade do serviço de saúde, e Brown, Churchill & Peter (1993) descobriram alguns problemas com o *Servqual* e sugeriram que deveria haver um novo método com propriedades psicométricas que precisaria de estudos baseados no contexto e incorporaria aspetos funcionais e técnicos de qualidade das organizações de saúde.

Várias ferramentas foram desenvolvidas para medir as percepções e expectativas dos pacientes, mas o instrumento *Servqual* desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) é a ferramenta mais utilizada (Sohail, 2003). Enquanto alguns estudos confirmam as cinco dimensões genéricas de qualidade do *Servqual* (Babakus & Mangold, 1992; Youssef, 1996), outros identificaram um número inferior de dimensões (Lam, 1997) ou usaram uma versão modificada do instrumento e identificaram dimensões adicionais (Reidenback & Sondifer-Smallwood, 1990).

Haywood-Farmer & Stuart (1988) concluíram que o *Servqual* era inadequado para medir a qualidade do serviço profissional, uma vez que excluía as dimensões para "atendimento", "personalização de serviços" e "conhecimento do profissional".

Reidenback & Sondifer-Smallwood (1990) utilizaram uma abordagem modificada do *Servqual* para entender a relação entre as percepções dos pacientes de internação, ambulatorial e de emergência e as suas percepções gerais de satisfação da qualidade do serviço com os seus cuidados e disposição para recomendar os serviços do hospital aos outros.

Babakus & Mangold (1992) descobriram que o *Servqual* é confiável e válido no ambiente hospitalar. Silvestro & Johnston (1992) identificaram o cuidado como fator de qualidade. Johnston (1995) desenvolveu ainda a pesquisa de Silvestro & Johnston (1992)

e encontrou dezoito dimensões de qualidade, ou seja, limpeza, estética, conforto, funcionalidade, confiabilidade, responsividade, flexibilidade, comunicação, integridade, comprometimento, segurança, competência, cortesia, simpatia, atenção, acesso ao cuidado e disponibilidade.

Vandamme & Leunis (1993) sugerem que o *Servqual* não pode ser generalizado para serviços hospitalares ou de saúde devido à singularidade dos serviços oferecidos. Bowers, Swan & Koehler (1994) identificaram duas dimensões adicionais de qualidade, ou seja, "cuidados" e "resultados do paciente" para as cinco dimensões genéricas de qualidade do *Servqual*.

Os resultados do estudo apontaram que a empatia, a recetividade, a confiabilidade, a comunicação e o cuidado foram fortemente correlacionados com a satisfação geral do paciente. Semelhante a Bowers, Swan & Koehler (1994), Gabbott & Hogg (1995) identificaram o "cuidado" como uma dimensão, mas decidiram não o aceitar como uma dimensão separada, uma vez que já estava coberto pelas cinco dimensões *Servqual*.

Anderson (1995) utilizou o instrumento *Servqual* para avaliar a qualidade do serviço oferecido por uma clínica de saúde da universidade pública. Os resultados revelaram que a clínica investigada teve resultados menos positivos na dimensão de garantia. Youssef (1996) investigou a satisfação dos pacientes com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (NSH) no Reino Unido usando o *Servqual*. Os resultados mostraram que a confiabilidade foi a mais importante das cinco dimensões na influência das perceções gerais de qualidade dos pacientes. A empatia foi a segunda dimensão importante, seguida de perto pela recetividade e garantia. A tangibilidade foi considerada a menos importante das cinco dimensões *Servqual*.

Lam (1997) analisou a validade, confiabilidade e validade preditiva do *Servqual* e analisou sua aplicabilidade ao setor de saúde em Hong Kong. Os resultados do estudo mostram que o *Servqual* é uma escala consistente e confiável para medir a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, a análise fatorial não confirmou as cinco dimensões genéricas de qualidade. Os resultados da análise fatorial indicaram que as escalas poderiam ser tratadas como unidimensionais, pois os resultados identificaram um fator dominante representando expectativas e perceções.

Sewell (1997), no seu estudo, descobriu que a dimensão de qualidade mais importante era a confiabilidade seguida da garantia. As dimensões de empatia e responsividade foram classificadas como quase iguais.

Angelopoulou, Kangis & Babis (1998) investigaram a qualidade do serviço prestado em hospitais públicos e privados na Grécia. Eles descobriram que os pacientes em hospitais públicos estavam satisfeitos com a competência dos médicos e enfermeiros. Os resultados em hospitais privados mostram que os pacientes estão mais satisfeitos com as instalações físicas, tempo de espera e procedimentos de internação em comparação com os pacientes dos hospitais públicos.

Camilleri & O'Callaghan (1998) examinaram hospitais públicos e privados em Malta em termos de qualidade de serviço assistencial e concluíram que ambos os tipos de serviços dos hospitais superaram as expectativas dos clientes correspondentes. Dean (1999) realizou uma pesquisa em dois diferentes ambientes de serviços de saúde na Austrália para testar a transferibilidade do *Servqual*. Concluiu-se que os fatores de qualidade diferem não pela indústria, mas também pelo tipo de serviço de saúde.

Lim & Tang (2000) realizaram um *Servqual* modificado com seis dimensões, ou seja, tangibilidade, confiabilidade, garantia, responsividade, empatia, acessibilidade e facilidade em 252 pacientes dos hospitais de Singapura. Concluíram que os hospitais precisavam de melhorias em todas as seis dimensões.

Andaleeb (2001), em Urban Bangladesh, descobriu que as percepções dos pacientes eram procuradas em quatro aspetos da qualidade do serviço, incluindo responsividade, garantia, comunicação e comportamento. No estudo, o maior impacto na satisfação do cliente foi obtido pelo comportamento, seguido pela garantia, recetividade e comunicação.

Wong (2002) descobriu que das cinco dimensões *Servqual*, a capacidade de resposta, a garantia e a empatia eram os fatores mais importantes da satisfação geral.

Jabnoun & Chaker (2003) compararam hospitais públicos e privados nos Emirados Árabes Unidos. A análise fatorial resultou em cinco dimensões: empatia, tangibilidade, confiabilidade, responsividade administrativa e serviços de apoio. Encontraram diferenças significativas entre hospitais privados e públicos em termos de qualidade geral do serviço em dimensões de empatia, tangibilidade, confiabilidade e

responsividade administrativa. Os resultados indicam que os hospitais públicos foram vistos como sendo melhores do que os hospitais privados em qualidade de serviço.

No mesmo ano, Sohail (2003) tentou medir a qualidade do serviço de hospitais privados na Malásia. A análise fatorial não confirmou nenhuma das cinco dimensões genéricas do *Servqual*.

Boshoff & Gray (2004) realizaram um estudo sobre pacientes em organizações privadas de saúde na África do Sul. Descobriram que as dimensões de qualidade do serviço da equipa de enfermagem (empatia, garantia e tangibilidade) têm um impacto positivo na lealdade dos pacientes. Varinli & Cakir (2004), no seu estudo sobre pacientes num hospital privado na Turquia, identificaram quatro dimensões de qualidade do serviço: médicos, enfermeiros, processos e funcionários. Detetaram que a satisfação do paciente foi influenciada por médicos e enfermeiros.

Mostafa (2005) investigou como os pacientes perceberam a qualidade do serviço nos hospitais públicos e privados no Egito. A análise fatorial extraiu uma solução de três fatores, portanto, as cinco dimensões genéricas não foram confirmadas. Demirel, Yoldas & Divanoglu (2009) identificaram os serviços de enfermagem e a confiança, o tratamento e o ambiente físico como os três fatores relacionados à qualidade do serviço. Também constataram que a qualidade percebida do serviço tem correlação positiva com a satisfação do paciente, disposição para recomendar e intenção de visitar o hospital novamente.

### ***Healthqual***

Embora Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) afirmassem que o modelo *Servqual* era aplicável à maioria das indústrias de serviços, estudiosos como Camilleri & O'Callaghan (1998), Black (2000) e Juwaheer & Kassean (2006) argumentaram e defenderam uma estrutura específica para o setor da saúde. Nesse sentido, o trabalho de Donabedian (1988) foi muito útil, no que diz respeito à estrutura, processo e resultado e foi utilizado como base para o desenvolvimento da qualidade nas dimensões da saúde.

De acordo com Camilleri & O'Callaghan (1998), o modelo de Donabedian (1980) para as unidades de saúde permitiu o desenvolvimento de um modelo abrangente para medir a qualidade das unidades de saúde num estudo baseado nos hospitais em Malta. No estudo, foram realizados dois questionários: um para medir as expectativas dos utentes

entre os hospitais públicos e privados e outro para medir as percepções dos utentes acerca da qualidade do serviço.

Os estudos de Donabedian (1988) e Camilleri & O'Callaghan (1998) forneceu uma visão útil sobre o que era necessário para definir padrões específicos de qualidade nos hospitais. Estes autores desenvolveram assim, juntamente com Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985), um modelo chamado *Healthqual*, adaptado do *Servqual*.

Lee (2016) defende que as dimensões do *Healthqual* incluem critérios importantes para a avaliação dos prestadores de cuidados de saúde (públicos e privados, clínicas, hospitais especializados, etc.), tais como processos de prestação de cuidados em várias fases, instalações e tecnologia, e sistemas de gestão. Assim, a investigação que se segue vai tentar encontrar respostas sobre a percepção dos utentes das unidades de saúde da zona centro. O estudo é baseado em Miranda *et al.* (2010), que se foca na percepção que os utentes das unidades de saúde têm dos serviços que estas prestam, nos mais variados domínios: clínico, técnico, administrativo e qualidade geral.

O estudo de Miranda *et al.* (2010) foi realizado em Espanha, mais concretamente nas unidades de saúde da Estremadura, e decidiu-se estendê-lo às unidades de saúde da zona centro de Portugal Continental. A pandemia não fica de fora deste estudo que pretende verificar se os hospitais, centros de saúde e clínicas da região centro deram respostas aos utentes e se a Covid-19 interferiu nos serviços prestados.

Apesar de este ter sido o modelo escolhido para o desenvolvimento desta dissertação, existem ainda dois outros modelos que avaliam também a qualidade nos serviços de saúde, no entanto, são modelos menos utilizados e desenvolvidos. De qualquer das formas, merecem uma breve menção nesta parte de revisão da literatura.

O *PubHosQual*, modelo de qualidade no serviço de um hospital público, foi desenvolvido a partir da perspetiva dos utentes (Aagja & Garg, 2010). O modelo foi desenvolvido para medir a qualidade dos hospitais públicos na Índia usando 24 itens agrupados em cinco dimensões da qualidade do serviço hospitalar. As dimensões são admissão, atendimento médico, atendimento geral, altas e responsabilidade social. O modelo foi usado para identificar onde eram necessárias melhorias específicas que foram posteriormente modificadas. De acordo com Ovretveit (2000) e Kilbourne *et al.* (2004), a estrutura fatorial para o setor hospitalar difere de país para país. Assim, o modelo

*PubHosQual* forneceu uma contribuição teórica fundamentada no contexto público indiano.

Por outro lado, com base numa escala não preenchida, Itumalla, Acharyulu & Shekhar (2014) desenvolveram um modelo denominado *HospitalQual*, adotando o paradigma de desconfirmação do modelo *Servqual* (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). O modelo foi desenvolvido especialmente para monitorizar, controlar e melhorar a qualidade do serviço para pacientes internados num hospital público em Hyderabad, Índia. As limitações do modelo advêm da sua especificidade, onde só os internamentos foram alvos de preocupação.

Encerrado o capítulo da revisão da literatura, é tempo de abrir caminho para a segunda parte desta dissertação, que desenvolverá a metodologia a utilizar para a obtenção de respostas às questões de partida, no caso o inquérito por questionário.

Recolhidos os dados, serão depois tratados através de software informático que se espera venha a apresentar um conjunto de informações úteis para os decisores das unidades de saúde, pois o intuito é conhecer a perceção que os utentes têm dos serviços que prestam à comunidade visto que acreditamos que este é um fator crítico para o sucesso de qualquer organização, neste caso, para qualquer unidade de saúde. Aliás, Lee (2016) acrescenta que os líderes organizacionais devem ter plena compreensão sobre os itens de qualidade que os utentes reconhecem como importantes.

## 2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

### 2.1. INTRODUÇÃO

A metodologia na investigação académica é um instrumento essencial pois é ele que permite esclarecer as dúvidas/questões de partida ou confirmar/rejeitar hipóteses de trabalho que se identificam no início de cada estudo.

Apesar do investigador ter ao seu alcance vários caminhos, nem todos são os mais adequados para atingir os objetivos e daí que esta fase seja nuclear para acrescentar algo de efetivamente novo ao conhecimento.

De facto, é o investigador que determina o(s) método(s) necessário(s) e técnica(s) que deve(m) utilizar para obter resposta(s) às questões da investigação (Fortin, 2009). Este autor acrescenta que a forma como os conceitos são esclarecidos e avaliados tem influência direta na validade dos resultados de investigação e, conseqüentemente, na validade teórica do estudo.

Assim, a investigação vai procurar responder às seguintes questões de partida:

- Quais os fatores que influenciam a satisfação dos utentes das unidades de saúde?
- Que opinião têm os utentes relativamente aos serviços de saúde prestados na zona centro?
- Quais as principais fragilidades das unidades de saúde regionais?

Em rigor, pretende-se verificar a perceção dos utentes que frequentam as unidades de saúde do centro do país relativamente aos serviços que estas prestam, identificando-se assim os pontos positivos e negativos no âmbito da gestão do desempenho enquanto ferramenta de gestão que a liderança tem ao seu dispor. Note-se que a avaliação deve ser a antecâmara da mudança organizacional, uma preocupação que deve nortear os gestores no dia-a-dia.

Para chegar a respostas às questões de partida vai recorrer-se a uma metodologia qualitativa, que assenta em pesquisas de natureza bibliográfica (dados secundários), baseada em teóricos nacionais e internacionais que já dissertaram sobre esta matéria, bem como através de um inquérito por questionário *online* aos utentes das unidades de saúde na região centro do país, públicas e privadas.

Esta metodologia permitirá confirmar ou rejeitar a vertente teórica e trazer novas realidades à gestão, que é um domínio em constante mutação. Pretende-se que o inquérito tenha a maior abrangência possível, para assim credibilizar o mais possível o estudo.

### 2.1.1 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - *HEALTHQUAL*

O inquérito por questionário foi desenvolvido com base no modelo *Healthqual*. Segundo Donabedian (1988), a qualidade de um serviço de saúde é a capacidade de alcançar os objetivos definidos, alcançar um determinado nível de saúde de qualidade. Isto só poderá acontecer quando médicos e outros funcionários dos serviços de saúde conseguem fazer com que o paciente tenha uma vida calma e saudável, passando por boas experiências. O modelo *Healthqual* é uma adaptação do modelo *Servqual* para o contexto da saúde. Foi utilizada por Miranda *et al.* (2010) para mensurar as perceções de qualidade de utentes e administradores de hospitais em Espanha, mais concretamente na Extremadura.

Para o uso no seu estudo, os autores propuseram uma mudança no modelo *Servqual* para o modelo *Healthqual* onde utilizaram 25 itens de perceção, que segundo Miranda *et al.* (2010), abordam as dimensões da qualidade do serviço, conforme o quadro abaixo:

Dimensão	Nome
HQ1	Higiene das instalações
HQ2	Equipamentos do hospital
HQ3	Localização do hospital
HQ4	Higiene da equipa de saúde
HQ5	Profissionalismo da equipa de saúde
HQ6	Gentileza e cortesia da equipa de saúde
HQ7	Confiança da equipa de saúde
HQ8	Serviço personalizado entregue pela equipa de saúde
HQ9	Comunicação da equipa de saúde
HQ10	Atenção da equipa de saúde para os problemas dos pacientes
HQ11	Interesse da equipa de saúde em resolver os problemas dos pacientes
HQ12	Compreensão dos problemas do paciente pela equipa de saúde
HQ13	Qualificação da equipa de saúde
HQ14	Higiene da equipa geral
HQ15	Profissionalismo da equipa geral
HQ16	Gentileza e cortesia da equipa geral
HQ17	Atenção da equipa geral para os problemas dos pacientes
HQ18	Interesse da equipa geral em resolver os problemas dos pacientes
HQ19	Facilidade em marcar uma consulta
HQ20	Nível de burocracia
HQ21	Tempo de espera antes de uma consulta

HQ22	Agilidade na realização de exames
HQ23	Solução de problemas
HQ24	Tempo destinado para cada paciente
HQ25	Agenda do Hospital

Tabela 1 - Itens do modelo *Healthqual* utilizados por Miranda *et al.* (2010)

O objetivo do trabalho de Miranda *et al.* (2010) foi avaliar a diferença de percepção da qualidade do serviço oferecido por hospitais entre pacientes e gestores hospitalares. Na sua amostra contou com 2566 respostas de utentes e 88 de gestores.

### 2.1.2 ESTUDO

No presente estudo, os itens apresentados por Miranda *et al.* (2010) foram adaptados e algumas novas questões introduzidas, nomeadamente acerca da temática atual da Covid-19. No contexto da pandemia, considerou-se preponderante adicionar este tema ao questionário e à problemática da dissertação.

Para além deste autor, que também se encontra mencionado na tabela abaixo, foram utilizadas algumas questões de outros autores (não exaustivamente):

Artigo	Local	Autor(es)	Principais Resultados	Amostra
Primary health care services quality in Spain	Espanha	Miranda, J. F. Chamorro, A.	O objetivo principal deste trabalho foi encontrar um modelo que oferecesse uma ferramenta para medir a qualidade de clínicas médicas utilizando o modelo <i>Healthqual</i> .	2556 questionários aos utentes dos Serviços de Saúde da Extremadura  88 questionários a gestores Serviços de Saúde da Extremadura
<i>Healthqual: a multi-item scale for assessing healthcare service quality</i>	Coreia	Lee, D.	O objetivo do estudo foi examinar as dimensões de medição da qualidade do serviço de saúde proposta em estudos anteriores, prémios de qualidade, serviços de sistemas de acreditação e/ou certificação de qualidade na comunidade internacional.	Mais de 500 (412 questionários a pacientes membros de famílias + 273 respostas públicas)

<i>Healthqual:</i> Perceção da qualidade de clientes em hospitais	Brasil	Silva, E. C.	O objetivo deste trabalho foi apresentar etapas para melhoria do atendimento aos utentes de serviços hospitalares brasileiros.	173 questionários aplicados a utentes dos serviços de saúde do Brasil
Qualidade em Saúde – Satisfação do Utente com o Serviço de Urgências do Hospital de Santa Maria	Portugal	Brito, T.	O objetivo do trabalho foi medir a qualidade dos serviços de saúde através da avaliação da satisfação dos utentes é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, sobretudo no contexto socioeconómico atual.	155 questionários aplicados a utentes do Hospital de Santa Maria com idade compreendida entre os 15 e os 74 anos e utentes que utilizaram o serviço de urgência no último trimestre de 2014
Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António	Portugal	Correia, R.	O objetivo foi avaliação da Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António, numa dinâmica de análise, diagnósticas recomendações que contribuam para elevar a qualidade e satisfação dos utilizadores deste serviço.	80 questionários a utentes do Hospital de Santo António

Tabela 2 - Autores utilizados na construção do Inquérito por Questionário

Após alguns ajustes, os itens de análise do inquérito por questionário deste estudo foram os seguintes (excluindo as questões iniciais de caracterização):

#### **Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde**

- ✓ A unidade de saúde apresentava uma boa higiene.
- ✓ A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes.
- ✓ A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos.
- ✓ A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida.
- ✓ Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente.
- ✓ O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso.

✓ A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento.
✓ A unidade de saúde possuía uma boa localização.
✓ As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.
<b>Qualidade dos Profissionais de Saúde</b>
✓ Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene.
✓ Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo.
✓ Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis.
✓ Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança.
✓ Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.
✓ Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente.
✓ Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.
✓ Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente.
✓ Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior.
✓ Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.
<b>Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente</b>
✓ Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene.
✓ Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo.
✓ Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis.
✓ Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes.
✓ As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.
✓ Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.
<b>Eficiência Geral</b>
✓ Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.
✓ O tempo de atendimento foi baixo.
✓ Foi rápida a realização de exames.
✓ Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.
✓ A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.

✓ Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.
<b>Qualidade Global</b>
✓ De forma geral senti-me satisfeito com o serviço recebido na unidade de saúde.
✓ De uma maneira geral, os funcionários da unidade de saúde foram prestáveis e acessíveis.
✓ De uma maneira geral, a unidade de saúde preocupou-se com o utente.
✓ Globalmente, as solicitações e/ou reclamações foram sempre aceites e resolvidas.
✓ A unidade de saúde é segura e de confiança.
✓ A unidade de saúde em questão é sempre a minha primeira escolha.
✓ Pretendo usar os serviços da mesma unidade de saúde no futuro.
✓ Recomendaria a unidade de saúde para amigos e familiares.
✓ De forma geral senti-me satisfeito com a atuação da unidade de saúde em relação à situação de pandemia provocada pelo Covid-19.

**Tabela 3** - Grupos e questões do Inquérito por Questionário aplicado aos utentes das unidades de saúde da zona centro

Assim, o modelo de questionário utilizado no presente estudo compreende seis secções (que poderá ser consultado nos anexos desta dissertação): Caracterização Geral do Inquirido; Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde; Qualidade dos Profissionais de Saúde; Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente; Eficiência Geral; e Qualidade Global.

A primeira secção, de caracterização geral, inclui aspetos sociodemográficos, como a idade, género, grau de instrução, situação profissional e rendimento médio mensal que permitem verificar diferenças de opinião dos utentes.

Nesta primeira secção incluem-se ainda, questões sobre se os utentes já se deslocaram a alguma unidade de saúde da zona centro (caso a resposta fosse negativa o questionário terminaria logo naquela questão), em que distrito se localizam as unidades de saúde onde se deslocaram, a que tipo de unidade de saúde recorreu, de que natureza era(m) a(s) unidade(s) de saúde (públicas ou privadas) e ainda se a frequência de uma instituição de saúde foi de algum modo relacionada com a situação recente da Covid-19, tanto da sua parte, como de familiares ou amigos.

A segunda secção procura entender como os utentes julgam aspetos tangíveis no serviço de saúde (higiene, conforto, facilidades de acesso, privacidade, localização, entre outros), fundamentais no que concerne à percepção com que ficaram da instituição.

A terceira avalia a empatia, garantia e confiabilidade do serviço oferecido pela equipa de saúde (médicos, enfermeiros, entre outros), como a atenção aos problemas dos pacientes, profissionalismo, higiene, educação, entre outros.

A quarta secção assemelha-se à segunda, no entanto, é referente aos técnicos de apoio ao utente (seguranças, pessoal administrativo, entre outros) uma vez que estes têm um papel importante para que a prestação dos serviços seja o mais eficaz e eficiente possível.

Na quinta parte são analisados os fatores de confiabilidade, capacidade e resposta do centro de saúde de forma geral, avaliando fatores como burocracia e tempo de espera.

Por último, a secção final refere-se à qualidade geral percecionada pelos utentes, que abre a possibilidade de os utentes manifestarem as suas opiniões sobre a globalidade dos serviços prestados.

Assim, o questionário é composto por um total de 52 questões (ver questionário anexo) e foi aplicado entre 29 de junho e 13 de julho de 2020 no site *Google Forms*, sendo divulgado, principalmente, nas redes sociais e via *e-mail*. Foram obtidas 996 respostas e a análise dos dados resultantes do questionário foi efetuada com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e do *Microsoft Office Excel*.

## **2.2. AMOSTRA E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Ao longo deste ponto será efetuada a descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos através da implementação dos inquéritos por questionário.

### **2.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS UTENTES INQUIRIDOS**

Neste subcapítulo são apresentadas as características gerais da amostra relativamente ao género, idade, habilitações literárias, situação profissional e rendimento médio mensal. De referir que dos 996 utentes inquiridos, apenas 944 representam a amostra do estudo uma vez que 52 respostas foram consideradas inválidas.

Ao nível do género verificou-se que, das respostas válidas, o sexo feminino está mais representado na amostra em estudo, com 77,33%. Por sua vez, o sexo masculino representa 22,67% da totalidade da amostra.

Nos resultados relativos à idade, importa referir que as classes etárias foram reagrupadas em <30, 30-45, 46-64 e >60 de acordo com o estudo de Miranda *et al.* (2010). Deste modo, na análise dos utentes por grupos etários verificou-se que 42,16% dos indivíduos incluídos na amostra pertencem ao grupo etário correspondente às idades entre

os 30 e 45 anos, sendo este o grupo mais representativo da amostra; seguido do grupo etário com idades inferiores a 30 anos (27,75%). O grupo etário dos 46 aos 64 anos representou 27,65%. Por sua vez, a classe dos inquiridos com mais de 65 anos obteve somente uma percentagem de 2,44%.

À semelhança do reagrupamento executado nas Idades, as Habilitações Literárias foram agrupadas em três grupos: até ao 12º ano de escolaridade, Licenciatura e Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento. Esta agregação deve-se ao facto de na literatura não existirem diferenças significativas entre classes tão próximas. Desta forma, relativamente às habilitações literárias, dos 944 inquiridos validados, o grupo mais representado é o correspondente aos indivíduos com escolaridade até ao 12º Ano (45,87%); seguido pelo grupo dos indivíduos que possuem Licenciatura com 35,81%; e, por fim, pelos inquiridos com Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento, com 18,33% da amostra.

A situação profissional foi agrupada em cinco grupos: empregado, desempregado, reformado, estudante e outra. No que respeita a esta variável, verificou-se que a esmagadora maioria dos inquiridos se encontra empregada, correspondendo a um valor de 70,23%. Dos restantes inquiridos, 11,23% estão desempregados, 10,81% a estudar, 4,32% encontram-se noutra situação profissional e 3,39% estão reformados. De salientar que a classe dos reformados está em minoria muito provavelmente porque este inquirido foi feito *online* e esta classe etária, na generalidade dos casos, é menos propensa às novas tecnologias.

Relativamente ao rendimento médio mensal, importa referir que as classes foram reagrupadas em menos de 635€, entre os 635€ e os 2 000€ e mais de 2 000€. Assim, na análise dos utentes por rendimento médio mensal, verificou-se que 69,92% dos indivíduos incluídos na amostra auferem rendimentos entre os 635€ e os 2 000€ por mês, sendo este o grupo mais representativo dos inquiridos, seguido do rendimento médio mensal inferior a 635€ (25,64%). Por fim, apenas 4,45% da amostra respondeu que auferia um valor superior a 2 000€ mensais. Consta-se que a elevada percentagem de inquiridos com um valor de rendimentos inferior a 635€ mensais, poderá ser devido a uma situação de desemprego, rendimento social e eventuais estudantes.

A partir da questão número sete do questionário, são apresentadas as características das unidades de saúde da zona centro relativamente à localização, tipo, natureza e se a visita à unidade de saúde foi motivada ou não pela Covid-19. De referir que a amostra de inquiridos passou da caracterização geral para a caracterização das unidades de saúde, de 996 para 944 respostas uma vez que, na primeira secção

(caracterização geral) havia uma questão “eliminatória”: quem respondesse que nunca tinha ido a uma unidade de saúde na região centro do país estava automaticamente “excluído” do que restava do questionário.

As questões acerca de Localização, Tipo e Natureza eram de opção múltipla, isto significa que, os inquiridos poderiam responder a mais do que uma opção em cada pergunta e daí haver um volume de respostas superior aos 944 inquiridos validados da amostra. A zona centro de Portugal Continental é composta por sete distritos: Leiria, Coimbra, Santarém, Castelo Branco, Guarda, Aveiro e Viseu. Dos 944 inquiridos, 840 opinaram sobre unidade(s) de saúde localizada no distrito de Leiria (89,60%), 183 no distrito de Coimbra (19,5%), 33 no distrito de Santarém (3,5%), 23 no distrito de Aveiro (2,5%), 10 no distrito de Viseu (1,1%) e 6 nos distritos de Castelo Branco e Guarda (0,6%).

Os tipos de unidades de saúde foram agrupados em quatro opções de resposta: hospital, clínica médica, centro de saúde e outra. Foi possível depreender que 75,6% da amostra é representada por centros de saúde, 63,6% por hospitais, 38,4% por clínicas médicas e 2,1% por outro tipo de unidades de saúde.

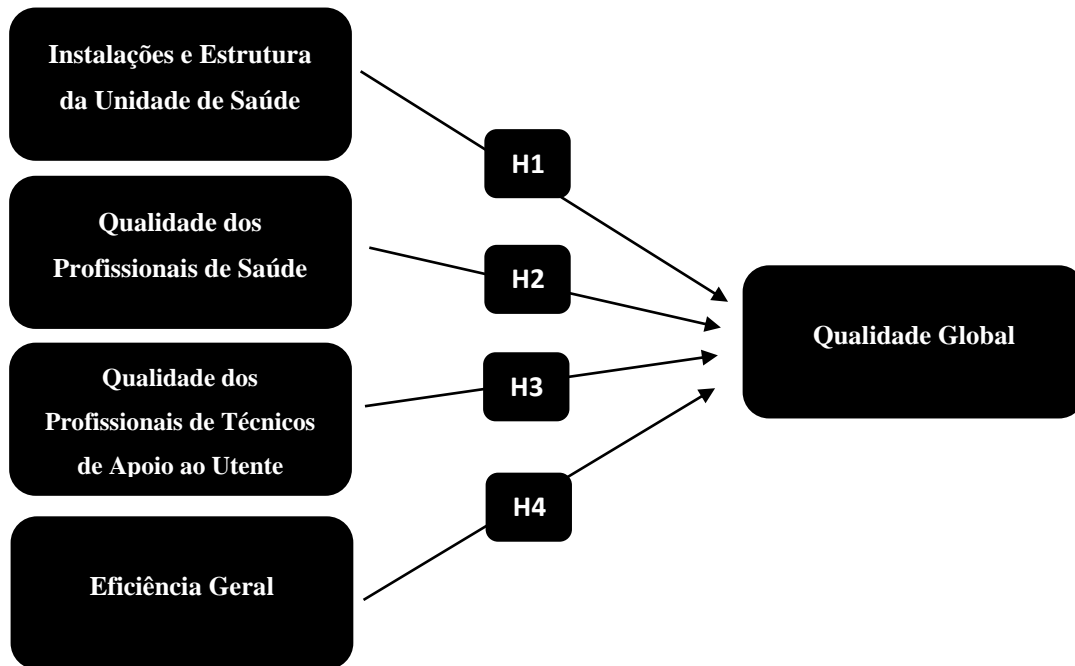
Relativamente à natureza das unidades de saúde, havia três possibilidades de seleção: público, privado e outro. O sector público foi o mais frequentado (93,1%), o privado contou com 47,7%, quase metade da amostra, e a opção outro apenas 0,5%.

A última questão de caracterização das unidades de saúde foi de encontro ao panorama atual de pandemia em que nos encontramos neste ano de 2020. Assim, das 944 respostas validadas nesta questão, 94,28% respondeu que a visita não foi motivada pelo novo coronavírus, enquanto 5,72% deu uma resposta afirmativa à pergunta formulada.

### 3. MODELO E HIPÓTESES

O modelo utilizado no presente trabalho é uma adaptação do proposto por Miranda *et al.* (2010). É composto por quatro variáveis independentes: Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde; Qualidade dos Profissionais de Saúde; Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente; e Eficiência Geral e uma variável dependente: Qualidade Global.

O modelo está delineado da seguinte forma:



Fonte: Própria, adaptado de Miranda *et al.* (2010)

Figura 1 - Modelo de Hipóteses - Esquerda: Variáveis Independentes; Direita: Variáveis dependentes

O modelo proposto é composto por quatro hipóteses para explicar a qualidade geral das unidades de saúde da zona centro.

A primeira Hipótese - As Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro – vai procurar entender se aspetos como a higiene, o conforto, as facilidades de acesso, a privacidade, a localização, entre outros, influenciam ou não a percepção dos utentes da qualidade global.

A segunda Hipótese - A Qualidade dos Profissionais de Saúde influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro – vai tentar perceber se a avaliação da empatia, garantia e confiabilidade do serviço oferecido pela equipa de saúde (médicos, enfermeiros, entre outros) influenciam ou não a percepção dos utentes da qualidade global.

A terceira Hipótese - A Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro – é semelhante à anterior mas através dos profissionais técnicos de apoio ao utente (seguranças, pessoal administrativo, entre outros), procurando compreender se a qualidade dos mesmos influencia ou não a perceção dos utentes da qualidade global.

A quarta Hipótese - A Eficiência Geral influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro – tenta entender se fatores de confiabilidade, capacidade e resposta do centro de saúde de forma geral influenciam ou não a perceção dos utentes sobre a qualidade global.

As questões afetas a cada hipótese são as seguintes:

**H1: As Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde influenciam a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro**

A primeira hipótese avalia, principalmente, a tangibilidade das unidades de saúde e é formada pelas seguintes questões:

Q1: A unidade de saúde apresentava uma boa higiene.

Q2: A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes.

Q3: A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos.

Q4: A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida.

Q5: Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente.

Q6: O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso.

Q7: A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento.

Q8: A unidade de saúde possuía uma boa localização.

Q9: As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.

**H2: A Qualidade dos Profissionais de Saúde influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro**

A segunda hipótese avalia aspetos de confiabilidade, garantia, empatia e capacidade de resposta dos profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, questionando:

Q10: Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene.

Q11: Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo.

Q12: Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis.

Q13: Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança.

Q14: Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.

Q15: Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente.

Q16: Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.

Q17: Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente.

Q18: Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior.

Q19: Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.

### **H3: A Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro**

A terceira hipótese avalia aspetos de garantia, empatia, confiabilidade e capacidade da resposta dos profissionais técnicos de apoio ao utente, como seguranças e pessoal administrativo, abordando:

Q20: Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene.

Q21: Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo.

Q22: Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis.

Q23: Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes.

Q24: As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.

Q25: Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.

#### H4: A Eficiência Geral influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro

A quarta hipótese avalia dimensões de confiabilidade e capacidade de resposta das unidades de saúde, questionando:

Q26: Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.

Q27: O tempo de atendimento foi baixo.

Q28: Foi rápida a realização de exames.

Q29: Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.

Q30: A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.

Q31: Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.

Esquematizando, o modelo inicial é delineado da seguinte forma:

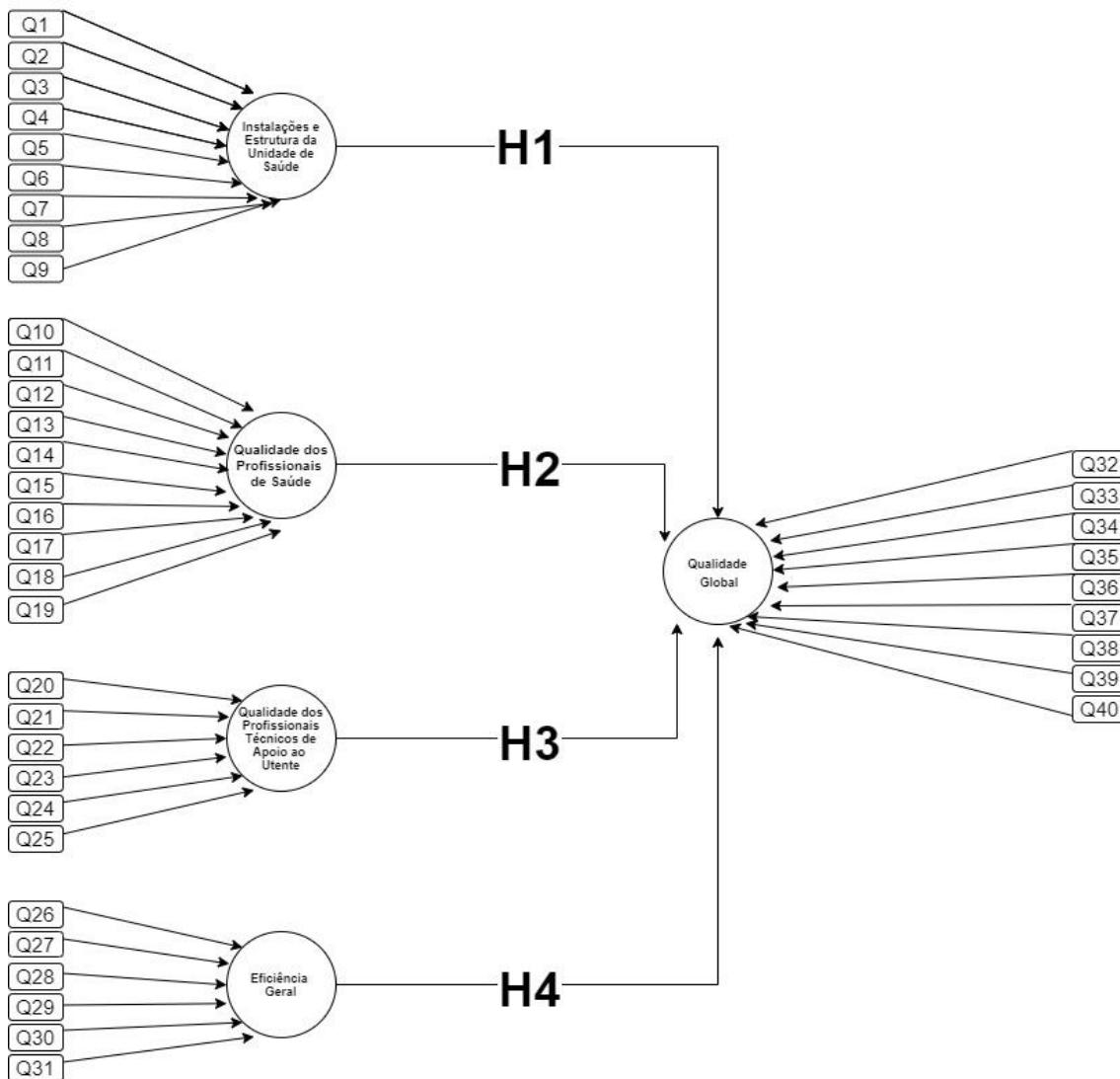


Figura 2 - Primeiro modelo estrutural proposto

### 3.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A segunda etapa da construção do modelo utilizado é validar e verificar a sua confiabilidade. Esta etapa está dividida em três partes: uma parte para a análise dos resultados, outra para a análise de fatores e uma última para a confiabilidade, definida por Malhotra (2001) como a capacidade de se construir resultados sólidos com operações repetidas de determinada característica. Para Ramos (1987), a validação diz respeito ao nível com que os indicadores são capazes de medir com coerência as dimensões que lhe foram estabelecidas.

#### 3.1.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

<b>Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
A unidade de saúde apresentava uma boa higiene.	944	1	7	5,81	83%	1,084
A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes.	944	1	7	5,13	73%	1,395
A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos.	944	1	7	5,50	79%	1,266
A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida.	944	1	7	5,40	77%	1,424
Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente.	944	1	7	5,81	83%	1,352
O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso.	944	1	7	4,67	67%	1,831
A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento.	944	1	7	4,68	67%	1,471
A unidade de saúde possuía uma boa localização.	944	1	7	5,63	80%	1,158
As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.	620	1	7	5,08	73%	1,730
<b>TOTAL</b>	8 172	-	-	5,31	76%	-
<b>Qualidade dos Profissionais de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene.	944	1	7	6,24	89%	0,950
Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo.	944	1	7	6,01	86%	1,225
Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis.	944	1	7	5,98	85%	1,263
Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança.	944	1	7	5,93	85%	1,317
Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.	944	1	7	5,89	84%	1,294
Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente.	944	1	7	5,84	83%	1,414
Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	944	1	7	5,86	84%	1,409
Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente.	944	1	7	5,86	84%	1,389

Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior.	944	1	7	5,08	73%	1,683
Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.	592	1	7	5,59	80%	1,347
<b>TOTAL</b>	9 088	-	-	5,84	83%	-
<b>Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene.	944	1	7	6,03	86%	1,051
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo.	944	1	7	5,78	83%	1,282
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis.	944	1	7	5,76	82%	1,303
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes.	944	1	7	5,60	80%	1,398
As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	944	1	7	5,66	81%	1,396
Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.	589	1	7	5,57	80%	1,422
<b>TOTAL</b>	5 309	-	-	5,74	82%	-
<b>Eficiência Geral</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.	861	1	7	4,73	68%	1,852
O tempo de atendimento foi baixo.	853	1	7	4,58	65%	1,808
Foi rápida a realização de exames.	680	1	7	4,63	66%	1,748
Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.	501	1	7	4,55	65%	1,764
A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.	715	1	7	4,79	68%	1,665
Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.	419	1	7	4,83	69%	1,797
<b>TOTAL</b>	4 029	-	-	4,68	67%	-
<b>Qualidade Global</b>	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
De forma geral senti-me satisfeito com o serviço recebido na unidade de saúde.	944	1	7	5,51	79%	1,411
De uma maneira geral, os funcionários da unidade de saúde foram prestáveis e acessíveis.	944	1	7	5,65	81%	1,410
De uma maneira geral, a unidade de saúde preocupou-se com o utente.	944	1	7	5,57	80%	1,436
Globalmente, as solicitações e/ou reclamações foram sempre aceites e resolvidas.	616	1	7	5,18	74%	1,615
A unidade de saúde é segura e de confiança.	944	1	7	5,62	80%	1,367

A unidade de saúde em questão é sempre a minha primeira escolha.	944	1	7	5,19	74%	1,720
Pretendo usar os serviços da mesma unidade de saúde no futuro.	944	1	7	5,62	80%	1,503
Recomendaria a unidade de saúde para amigos e familiares.	944	1	7	5,45	78%	1,635
De forma geral senti-me satisfeito com a atuação da unidade de saúde em relação à situação de pandemia provocada pelo Covid-19.	495	1	7	5,40	77%	1,526
<b>TOTAL</b>	7 719	-	-	5,48	78%	-

Tabela 4 - Resultados Estatísticos do Inquérito Aplicado

O inquérito por questionário aplicado foi com base na escala de *Likert* (de 1 a 7) em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”. Posto isto, o mínimo das seguintes tabelas será 1 e o máximo será 7. De salientar que foram consideradas válidas 944 respostas ao inquérito aplicado. Nas questões que eram opcionais, o valor de N nas tabelas apresentadas será diferente da totalidade.

Relativamente às Instalações e a Estrutura da Unidade de Saúde - é possível notar que na última questão o número de N foi de apenas 620. Isto deveu-se ao facto de ser uma pergunta opcional para os inquiridos. Por outro lado, apenas em duas questões o valor médio foi inferior a 70% e na totalidade das 9 componentes, 76% dos inquiridos considerou-se satisfeito em relação às Instalações e a Estrutura da Unidade de Saúde.

Por outro lado, relativamente à Qualidade dos Profissionais de Saúde da zona centro, verificou-se que o valor de N é distinto das demais porque a última pergunta foi opcional. Em todas as questões o valor médio foi superior a 80%, ou seja, as pessoas estão satisfeitas com a Qualidade dos Profissionais de Saúde. Na totalidade das 10 componentes a média foi de 83%, isto é, o grau de satisfação é muito elevado.

Na secção da Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente, mais uma vez, o valor de N é distinto na última questão (589). Nesta secção, o comportamento é muito semelhante à tabela anterior onde, todas as componentes tiveram um valor médio superior a 80% e, na totalidade das seis questões, a média foi 82%. Mais uma vez, é possível constatar que o grau de satisfação em relação à Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente da zona centro é bastante elevado.

Relativamente à Eficiência em Geral, é a dimensão com resultados menos elevados. Este facto pode dever-se às questões serem todas opcionais, como se pode ver pelo valor de N ser distinto em todas elas, e/ou a ser uma dimensão mais difícil de satisfazer, algo que é analisado mais abaixo. Assim, nas diversas componentes o valor médio é inferior a 70%. A média total fixou-se nos 67%. Esta foi a dimensão que

apresentou médias inferiores e, consecutivamente, um grau de satisfação menor relativamente às restantes.

Por fim, na última tabela, relativa à Qualidade Global, os valores da média voltaram a ser superiores a 70% (muito próximos dos 80%) e apenas a última questão era opcional. Na totalidade das nove componentes, 78% dos inquiridos considerou-se satisfeito em relação à Qualidade Global da(s) unidade(s) de saúde da zona centro avaliada(s).

Na globalidade das cinco tabelas em análise foi possível observar-se que as médias totais não variaram muito: 76%, 83%, 82%, 67% e 78%, respetivamente. Assim, é possível observar um estudo uniforme entre grupos de questões em que as médias são superiores a 50% e são homogéneas entre si.

Na primeira dimensão - Instalações e a Estrutura da Unidade de Saúde - as componentes “O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso” e “A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento” demonstraram valores médios de 67%. Aparentemente pode ser considerado um resultado “baixo”, no entanto, pode apenas significar que os utentes não dão tanta importância a estes fatores. Presume-se que o principal foco das pessoas são os cuidados de saúde e não tanto, por exemplo, se a unidade de saúde tem um parque de estacionamento de fácil acesso.

É possível ainda detetar que existem tabelas com valores médios muito próximos. Agrupando estes valores observa-se uma distinção por categorias:

- As médias de satisfação mais expressivas observam-se para a análise da qualidade dos profissionais de saúde (83%) e técnicos de apoio ao utente (82%). Os valores elevados poderão significar que as unidades de saúde da zona centro apresentam profissionais de alta qualidade e qualificações;
- Com valores ligeiramente mais baixos de satisfação temos a análise das instalações e estrutura (76%) e da qualidade global (78%) das unidades de saúde da zona centro, que nos dão uma ideia de que a forma como as unidades de saúde foram desenhadas e operam no mercado satisfaz os utentes na maioria das situações;
- Por fim, a eficiência geral das unidades de saúde é a dimensão que apresenta o valor mais baixo de satisfação (67%). A eficiência é algo que depende de várias variáveis, como a quantidade de utentes ser demasiado elevada para a capacidade de resposta da unidade de saúde. Este facto pode

explicar a maior dificuldade em obter graus de satisfação tão elevados como nas outras dimensões de análise, acabando por ter um nível de satisfação mais reduzido.

De salientar que nas questões relacionadas com a Covid-19, os valores de N foram sempre inferiores às restantes componentes. Pode parecer um mau indicador, mas poderá apenas significar que os inquiridos não se deslocaram às unidades de saúde por doença devido ao novo coronavírus. Face ao panorama mundial em que nos encontramos, este é um excelente indicador. Para além disso, como é um tema bastante recente, as respostas também dependem da adaptação da unidade de saúde e da reação dos próprios utentes às situações.

### 3.1.2 ANÁLISE DE FATORES – MODELO INICIAL

O modelo inicial aborda os itens do modelo teórico antes de ser testado, contendo todas as questões e dimensões do modelo.

#### 3.1.2.1 CONFIABILIDADE

<b>Estatísticas de Confiabilidade</b>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach com base em itens personalizados</i>	N de itens
Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde	,879	,889	9
Qualidade dos Profissionais de Saúde	,953	,958	10
Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente	,956	,956	6
Eficiência Geral	,935	,937	6
Qualidade Global	,967	,969	9

Tabela 5 - Estatísticas de Confiabilidade - Modelo Inicial

O teste do *Alpha de Cronbach* permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Este limite corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo e com igual número de itens utilizados para medir a mesma característica.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), o *Alpha de Cronbach* permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens que corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com igual número de itens para medir a mesma característica. O valor de *Alpha* deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras: superior a 0,9 Excelente; entre 0,8 e 0,9 Bom; entre 0,7 e 0,8 Aceitável; entre 0,6 e 0,7 Questionável; entre 0,5 e 0,6 Pobre; e menor do que 0,5 Inaceitável.

Kehoe (1995) afirma que para uma escala de 10 a 15 itens a confiabilidade deve ser superior a 0,50 e para escalas com mais de 50 itens, a confiabilidade deve ser superior a 0,80.

Neste estudo podemos constatar que, em todas as secções de perguntas, o valor de *Alpha* de *Cronbach* foi superior a 0,9, com exceção das Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde que foi de 0,88 e, portanto, a confiabilidade é excelente.

### 3.1.2.2 TESTE DE *KMO* E *BARTLETT*

Teste de <i>KMO</i> e <i>Bartlett</i>	Medida <i>Kaiser-Meyer-Okin</i> de adequação de amostragem	Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>		
		Aprox. Qui-Quadrado	df	Sig.
Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde	,903	2581,282	36	,000
Qualidade dos Profissionais de Saúde	,943	7139,504	45	,000
Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente	,919	4118,263	15	,000
Eficiência Geral	,913	1638,964	15	,000
Qualidade Global	,944	4827,985	36	,000

Tabela 6 - Teste de *KMO* e *Bartlett* - Modelo Inicial

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (*KMO*) apresenta valores normalizados (entre 0 e 1) e mostra qual é a proporção da variância que as variáveis como um todo apresentam em comum ou a proporção desta que são devidas a fatores comuns, isto é, mede se a utilização da Análise Fatorial para a respetiva base de dados é adequada ou não.

De acordo com Kaiser (1974), um teste com valor abaixo de 0,5 significa que o conjunto de dados não é indicado para o uso da técnica, ou seja, que o tamanho da amostra é inadequado. Quanto mais próximo de 1,0 melhor é a adequação dos dados. Assim,  $0,9 < e \leq 1,0$  o ajuste é muito bom;  $0,8 < e \leq 0,9$  Boa;  $0,7 < e \leq 0,8$  Média;  $0,6 < e \leq 0,7$  Razoável;  $0,5 < e \leq 0,6$  Má;  $\leq 0,5$  Inaceitável.

No nosso estudo podemos constatar que, em todas as secções de perguntas, o valor de *KMO* foi superior a 0,9 e, portanto, a análise fatorial é útil e há uma correlação muito boa entre as variáveis. Da mesma forma, o teste de esfericidade de *Bartlett* é estatisticamente significativo ( $p < 0,000$ ). Em ambos os casos, os testes sugerem que os dados são adequados à análise fatorial.

### 3.1.2.3 COMUNALIDADES

<b>Comunalidades</b>		
<b>Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde</b>	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
A unidade de saúde apresentava uma boa higiene.	1,000	,605
A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes.	1,000	,668
A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos.	1,000	,686
A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida.	1,000	,501
Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente.	1,000	,486
O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso.	1,000	,293
A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento.	1,000	,609
A unidade de saúde possuía uma boa localização.	1,000	,528
As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.	1,000	,418
<b>Qualidade dos Profissionais de Saúde</b>		
Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene.	1,000	,672
Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo.	1,000	,834
Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis.	1,000	,830
Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança.	1,000	,842
Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.	1,000	,848
Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente.	1,000	,857
Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	1,000	,846
Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente.	1,000	,869
Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior.	1,000	,213
Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.	1,000	,593
<b>Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente</b>		
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene	1,000	,723
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo	1,000	,890
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis	1,000	,898
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes.	1,000	,888
As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	1,000	,854
Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.	1,000	,699
<b>Eficiência Geral</b>		
Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.	1,000	,695
O tempo de atendimento foi baixo.	1,000	,756
Foi rápida a realização de exames.	1,000	,803

Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.	1,000	,790
A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.	1,000	,857
Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.	1,000	,539
<b>Qualidade Global</b>		
De forma geral senti-me satisfeito com o serviço recebido na unidade de saúde.	1,000	,869
De uma maneira geral, os funcionários da unidade de saúde foram prestáveis e acessíveis.	1,000	,835
De uma maneira geral, a unidade de saúde preocupou-se com o utente.	1,000	,858
Globalmente, as solicitações e/ou reclamações foram sempre aceites e resolvidas.	1,000	,816
A unidade de saúde é segura e de confiança.	1,000	,826
A unidade de saúde em questão é sempre a minha primeira escolha.	1,000	,665
Pretendo usar os serviços da mesma unidade de saúde no futuro.	1,000	,781
Recomendaria a unidade de saúde para amigos e familiares.	1,000	,860
De forma geral senti-me satisfeito com a atuação da unidade de saúde em relação à situação de pandemia provocada pelo Covid-19.	1,000	,758

Tabela 7 - Comunalidades - Modelo Inicial

De acordo com Schawb (2007)<sup>1</sup>, as comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. Usualmente, o valor mínimo aceitável é, segundo este autor, de 0,60. Vários outros autores identificam uma comunalidade desejável mais baixa, como por exemplo Miranda *et al.* (2010) que utilizou 0,4, no entanto, considerou-se que, como este estudo apresenta valores, na sua maioria bastante elevados, decidiu-se adotar o limiar mais elevado referido por Schawb (2007)<sup>1</sup>.

Logo, caso o investigador encontre alguma comunalidade abaixo desse patamar a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente. Além disso, um valor baixo de comunalidade entre um grupo de variáveis é um indício de que elas não estão linearmente correlacionadas e, por isso, não devem ser incluídas na análise fatorial. No inquérito realizado há algumas componentes que apresentam um valor de comunalidade abaixo do valor crítico e, portanto, vão ser removidas, nomeadamente:

❖ Dimensão 1: Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde

- ✓ A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida.
- ✓ Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente.
- ✓ O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso.

<sup>1</sup> In Filho & Júnior (2010).

- ✓ A unidade de saúde possuía uma boa localização.
- ✓ As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.
- ❖ Dimensão 2: Qualidade dos Profissionais de Saúde
  - ✓ Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior.
  - ✓ Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.
- ❖ Dimensão 4: Eficiência Geral
  - ✓ Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.
  - ✓ De seguida, vamos excluir estas componentes assinaladas e realizar novamente a análise fatorial e analisar os resultados.

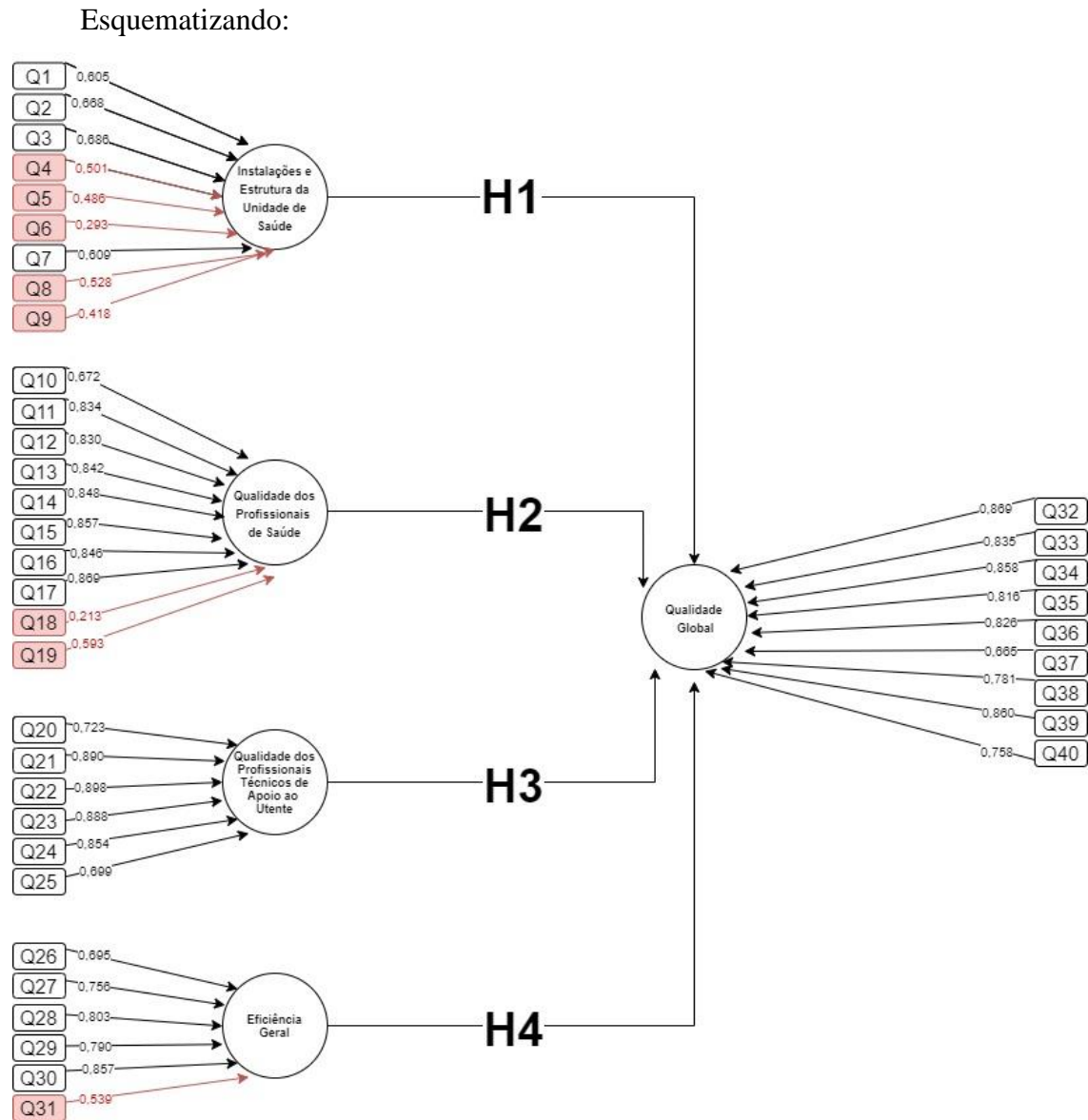


Figura 3 - Modelo estrutural inicial – As Comunalidades estão representadas nas setas. A vermelho estão as questões excluídas.

### 3.1.3 ANÁLISE DE FATORES – MODELO FINAL

Após a remoção das componentes assinaladas na seção anterior, foi realizada novamente a análise de fatores a fim de verificar se a confiabilidade se mantinha excelente e qual o impacto que esta remoção tinha na análise fatorial.

#### 3.1.3.1 CONFIABILIDADE

Estatísticas de Confiabilidade	Alpha de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens personalizados	N de itens
Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde	,859	,866	4
Qualidade dos Profissionais de Saúde	,970	,970	8

Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente	,956	,956	6
Eficiência Geral	,937	,939	5
Qualidade Global	,967	,969	9

Tabela 8 - Estatísticas de Confiabilidade - Modelo Final

Mais uma vez, em todas as dimensões de perguntas, o valor de *Alpha* de *Cronbach* foi superior a 0,9, com exceção das Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde que foi de 0,859 e, portanto, a confiabilidade é excelente.

Comparativamente com a análise feita no primeiro modelo, os valores de *Alpha* continuam excelentes em todas as dimensões, com exceção da primeira em que é “apenas” bom, apesar de terem sido retiradas algumas questões da análise. Este facto era de esperar visto que estas questões não tinham muita influência para a análise fatorial.

### 3.1.3.2 TESTE DE *KMO* E *BARTLETT*

Teste de <i>KMO</i> e <i>Bartlett</i>	Medida <i>Kaiser-Meyer-Okin</i> de adequação de amostragem	Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>		
		Aprox. Qui-Quadrado	df	Sig.
Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde	,813	1855,257	6	,000
Qualidade dos Profissionais de Saúde	,937	10604,409	28	,000
Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente	,919	4118,263	15	,000
Eficiência Geral	,890	4274,594	10	,000
Qualidade Global	,944	4827,985	36	,000

Tabela 9 - Teste de *KMO* e *Bartlett* - Modelo Final

Após a eliminação de sete variáveis através da matriz das comunalidades, é possível verificar que os valores de *KMO* desceram ligeiramente. Este facto poderá ter sucedido devido à redução de variáveis. No entanto, os valores mantêm-se todos bem próximos de 1 e, portanto, a adequação dos dados é muito boa na segunda, terceira e quinta dimensões e boa na primeira e na quarta. Os valores da primeira e quarta são ligeiramente inferiores aos restantes devido ao número de questões ser mais reduzida.

Da mesma forma, os valores de significância são todos, mais uma vez, 0,000 e, portanto, há indícios de que existem correlações significativas entre as variáveis.

### 3.1.3.3 COMUNALIDADES

<b>Comunalidades</b>		
<b>Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde</b>	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
A unidade de saúde apresentava uma boa higiene.	1,000	,749
A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes.	1,000	,789
A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos.	1,000	,728
A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento.	1,000	,593
<b>Qualidade dos Profissionais de Saúde</b>		
Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene.	1,000	,589
Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo.	1,000	,834
Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis.	1,000	,855
Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança.	1,000	,868
Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.	1,000	,844
Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente.	1,000	,881
Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	1,000	,863
Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente.	1,000	,884
<b>Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente</b>		
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene	1,000	,723
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo	1,000	,890
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis	1,000	,898
Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes.	1,000	,888
As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente.	1,000	,854
Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.	1,000	,699
<b>Eficiência Geral</b>		
Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.	1,000	,719
O tempo de atendimento foi baixo.	1,000	,767
Foi rápida a realização de exames.	1,000	,825
Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.	1,000	,850
A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.	1,000	,862
<b>Qualidade Global</b>		
De forma geral senti-me satisfeito com o serviço recebido na unidade de saúde.	1,000	,869
De uma maneira geral, os funcionários da unidade de saúde foram prestáveis e acessíveis.	1,000	,835
De uma maneira geral, a unidade de saúde preocupou-se com o utente.	1,000	,858
Globalmente, as solicitações e/ou reclamações foram sempre aceites e resolvidas.	1,000	,816
A unidade de saúde é segura e de confiança.	1,000	,826
A unidade de saúde em questão é sempre a minha primeira escolha.	1,000	,665
Pretendo usar os serviços da mesma unidade de saúde no futuro.	1,000	,781

Recomendaria a unidade de saúde para amigos e familiares.	1,000	,860
De forma geral senti-me satisfeito com a atuação da unidade de saúde em relação à situação de pandemia provocada pelo Covid-19.	1,000	,758

Tabela 10 - Comunalidades - Modelo Final

Após a análise da tabela de comunalidades do modelo inicial foram retiradas as questões que apresentavam um valor de Extração inferior a 0,6.

Analisando novamente as comunalidades, após a remoção das variáveis, as restantes questões continuam a apresentar valores de extração elevados, com exceção das questões “A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento” da hipótese 1 e “Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene” da hipótese 2.

No entanto, visto que apresentam valores muito próximos do limiar definido inicialmente, foi decidido mantê-las no estudo.

Abaixo apresenta-se o modelo final, constituído pelas seguintes questões, conforme se apresenta na ilustração seguinte, utilizando a mesma identificação dos itens apresentada anteriormente no início deste capítulo.

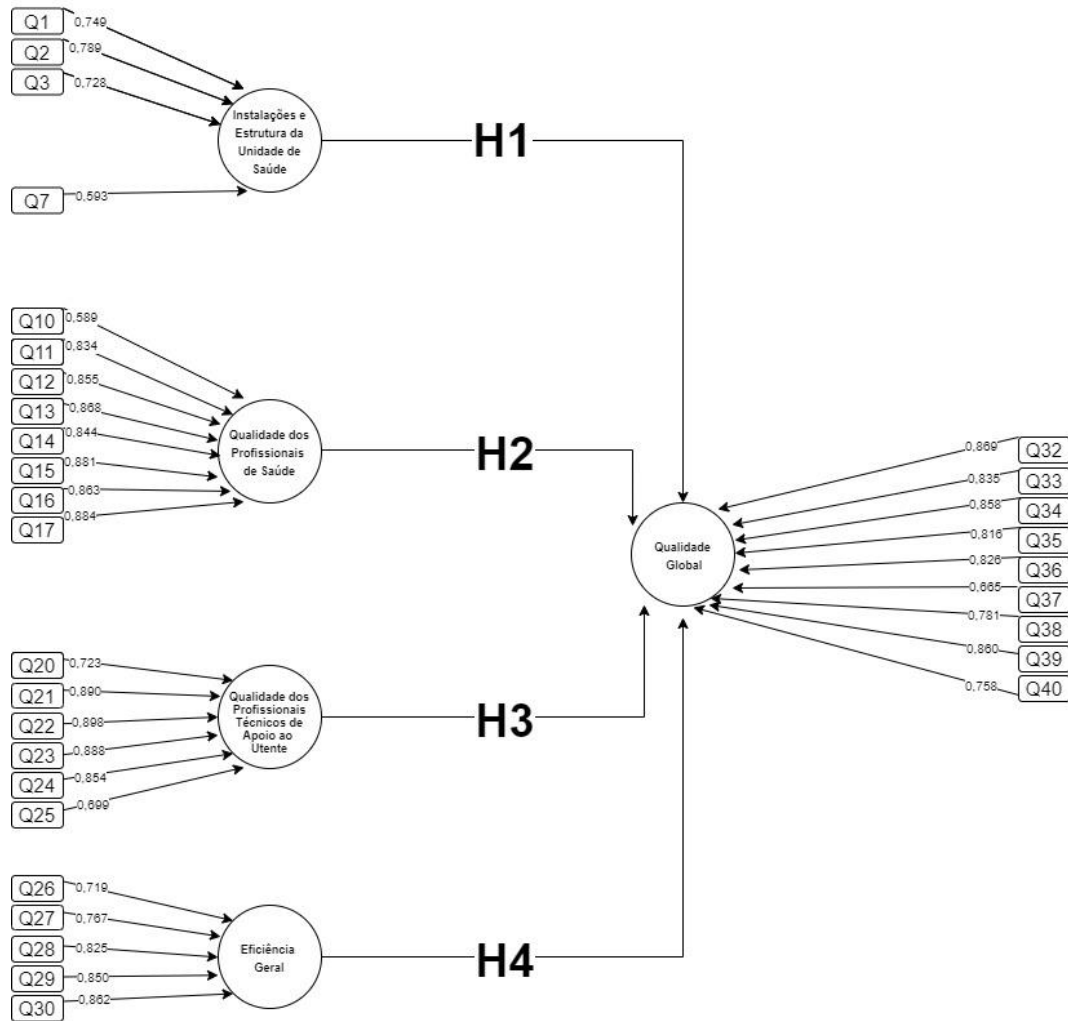


Figura 4 - Modelo estrutural final após eliminação de questões – As Comunalidades estão representadas nas setas.

### 3.2. ANÁLISE REGRESSIVA DO MODELO ESTRUTURAL FINAL

Terminada a etapa de validação e confiabilidade do modelo, analisam-se agora as hipóteses e explicam-se os fatores críticos do sucesso das unidades de saúde da zona centro.

A análise regressiva permite-nos determinar a importância relativa das diferentes dimensões das unidades de saúde da zona centro, na perceção dos utentes.

Para tal, considera-se a média dos resultados de cada dimensão (Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde, Qualidade dos Profissionais de Saúde, Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente, Eficiência Geral) em estudo como sendo as variáveis independentes e a média dos resultados da Qualidade Global como variável Dependente.

Resumo do modelo <sup>b</sup>				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,899 <sup>a</sup>	,809	,808	,58481

a. Preditores: (Constante) - Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde, Qualidade dos Profissionais de Saúde, Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente, Eficiência Geral

b. Variável Dependente: Qualidade Global

Tabela 11 – Análise Regressiva – Resumo do Modelo

O  $R^2$  representa o grau de ajustamento do modelo de regressão. Como o  $R^2$  e o  $R^2$  Ajustado são semelhantes, significa que o modelo não contém variáveis pouco explicativas visto que o  $R^2$  Ajustado é penalizado quando estas são incluídas. Assim, é possível verificar que 81%, um valor considerado significativo, da variável da dependente (Qualidade Global) é explicada pelas variáveis independentes, sendo a restante variabilidade explicada por fatores não incluídos no modelo.

Coeficientes <sup>a</sup>						
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T <i>student</i>	Sig.	Validade da Hipótese
	$\beta$	Erro Padrão	Beta ( $\beta$ )			
H1	,221	,025	,182	8,822	,000	Válida
H2	,448	,027	,394	16,586	,000	Válida
H3	,195	,028	,172	7,087	,000	Válida
H4	,263	,017	,296	15,361	,000	Válida

a. Variável Dependente: Qualidade Global

Tabela 12 - Análise Regressiva – Coeficientes

Segundo Chin (1998), o valor de t de *student* deve ser superior a 1,96 enquanto o  $\beta$  deve ser inferior a 0,05 para se saber se a hipótese suporta o modelo ou não. Também Hair *et al.* (2017) o valor mínimo de t de *student* é de 1,96, enquanto o máximo de  $\beta$  deve ser 0,05.

Através do teste de regressão de coeficientes é possível verificar que os valores de significância são todos  $<0.05$  e os valores de  $t > 1,96$ . Isto significa que todas as variáveis independentes influenciam significativamente a variável dependente, ou seja, suportam o modelo.

Os valores de Beta ( $\beta$ ) indicam-nos que a variável que mais influencia a Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro é a Qualidade dos Profissionais de Saúde. De referir ainda que todos os valores de  $\beta$  são elevados o que corrobora o que já foi dito anteriormente, ou seja, todas as dimensões têm um peso significativo na perceção dos utentes e, portanto, todas as hipóteses foram validadas.

Eis o modelo final com os valores das comunalidades e valores de  $\beta$ :

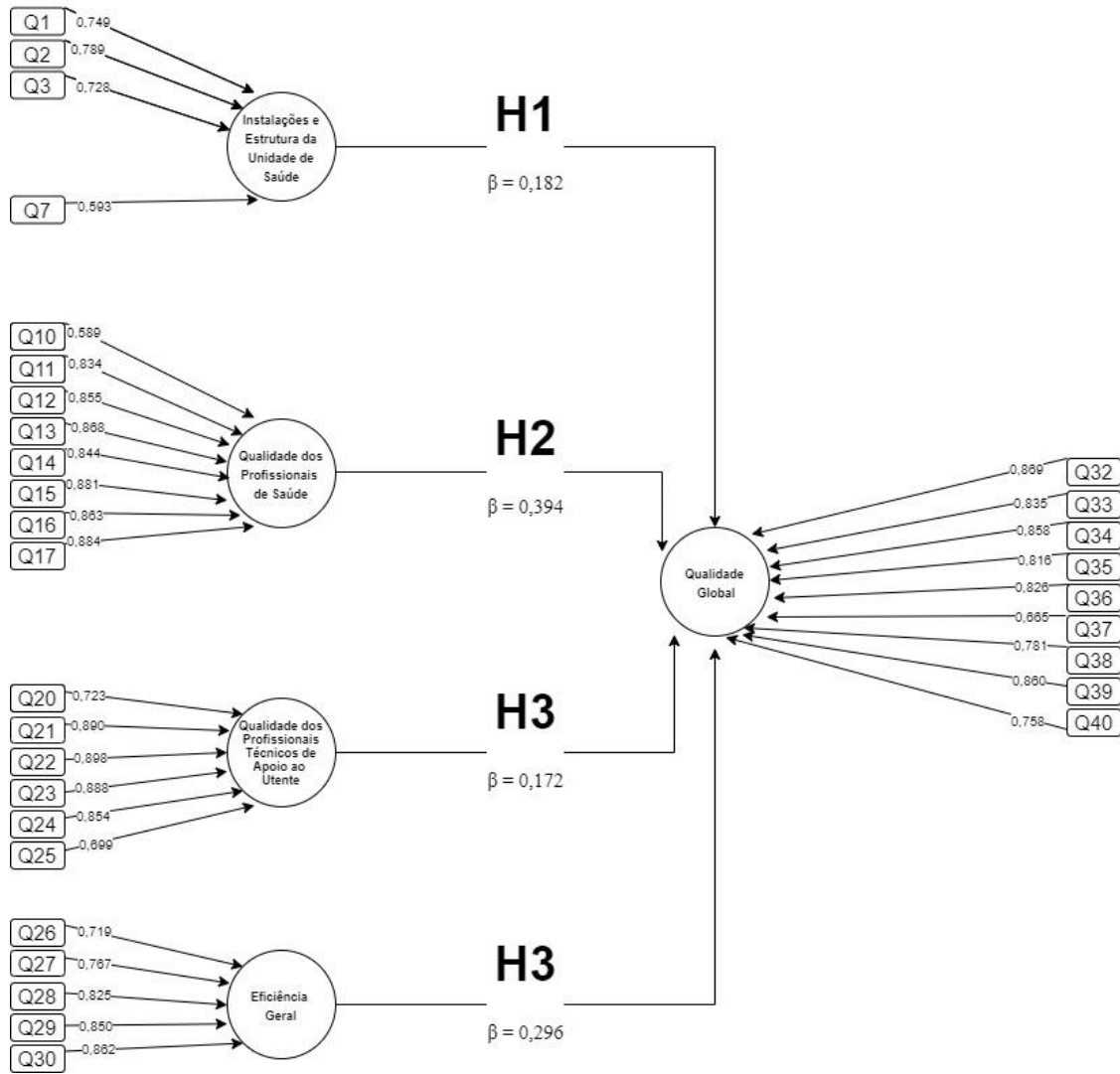


Figura 5 - Modelo estrutural final com valores de comunalidades e  $\beta$ s

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados, importa efetuar uma apreciação crítica dos mesmos, destacando os dados mais significativos e reportando estudos anteriormente publicados acerca desta temática. Neste caso irá fazer-se uma análise comparativa deste estudo com o de Miranda *et al.* (2010), autor em que se baseou esta investigação, e com o estudo de Silva (2019), investigação bastante recente, que propôs um modelo semelhante para as unidades de saúde brasileiras.

O modelo estrutural proposto é suportado por todas as hipóteses levantadas, principalmente pela Hipótese H2:

- ❖ H1 (As Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde influenciam a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro) foi a terceira dimensão com os melhores indicadores, com um valor de  $\beta$  de 0,182.
- ❖ H2 (A Qualidade dos Profissionais de Saúde influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro) representa a dimensão com melhor resultado obtido, isto é, um  $\beta$  de 0,394.
- ❖ H3 (A Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro) revelou ser a pior dimensão do estudo, com um valor de  $\beta$  de 0,172.
- ❖ Por fim, H4 (A Eficiência Geral influencia a perceção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde da zona centro) foi a segunda melhor dimensão com um valor de  $\beta$  de 0,296.

A partir dos resultados obtidos foi possível realizar uma análise do presente modelo e comparar com o estudo de Miranda *et al.* (2010). Foi possível constatar que também todas as hipóteses foram validadas no estudo espanhol. A análise regressiva do presente estudo vai de encontro com resultados obtidos pelo autor, uma vez que a qualidade dos profissionais de saúde e a eficiência geral das unidades de saúde são também nesta investigação os fatores que mais influenciam a perceção dos utentes sobre a qualidade global das unidades de saúde.

O que diferencia os dois estudos é que para o caso da zona centro portuguesa, a qualidade dos profissionais de saúde destaca-se das restantes dimensões, enquanto que no estudo espanhol as duas dimensões mais influentes destacam-se das restantes. Um motivo para tão bons resultados em ambos os estudos poderá ser o facto de, durante uma experiência numa unidade de saúde, privilegiar-se um médico que saiba lidar muito bem

com o paciente, com boas qualificações e que demonstre preocupação em resolver os problemas, isto é, que saiba encontrar as soluções para os pacientes.

A qualidade dos técnicos de apoio é o fator que apresenta uma menor influência na satisfação dos utentes das unidades de saúde da zona centro, sendo que, para Miranda *et al.* (2010), foram as instalações e a estrutura das unidades de saúde a hipótese com valores menos elevados.

Na investigação de Silva (2019), também baseada no estudo de Miranda *et al.* (2010), as hipóteses da investigação foram semelhantes: se as Instalações e Estrutura influenciam a Qualidade Global (H1); se a Qualidade da Equipa de Saúde influencia a Qualidade Global (H2); se a Qualidade da Equipa Geral influencia a Qualidade Global (H3); e se a Eficiência Geral influencia a Qualidade Global (H4). Logo, é interessante fazer também uma análise comparativa com os resultados obtidos pelo autor.

Assim foi possível verificar diferenças na validação das hipóteses de investigação. Enquanto no presente estudo todas as hipóteses de investigação foram validadas, no estudo brasileiro apenas as instalações e estrutura e a eficiência geral foram validadas no modelo, uma vez que os valores da análise regressiva não demonstraram significância nas outras duas hipóteses.

É possível constatar disparidades de resultados entre o estudo de Silva (2019), o estudo de Miranda *et al.* (2010) e o presente estudo. Estas diferenças podem ser explicadas pelo estado de desenvolvimento dos países, onde Portugal e Espanha são considerados países mais desenvolvidos ao nível hospitalar, como se pode verificar logo na primeira hipótese de investigação onde no estudo de Silva (2019) é a dimensão que mais influência a qualidade global e no estudo espanhol e na presente investigação a que menos influência. Para Silva (2019), Espanha é um país desenvolvido “e por isso tem uma tendência maior em possuir infraestrutura hospitalar básica e de qualidade para a população, assim como equipamentos com boa tecnologia e funcionamento, seja na rede pública ou privada, tornando-se um fator comum para os espanhóis, por isso, é possível que seja um fator habitual e não diferencial para a amostra estudada na Espanha”. O mesmo se aplica a Portugal dada a semelhança de desenvolvimento dos dois países.

Por sua vez, a hipótese 2 foi a que apresentou resultados mais baixos enquanto que no presente estudo e no estudo de Miranda *et al.* (2010) a dimensão que mais influencia a qualidade global. De acordo com o autor isso deve-se ao facto de, no Brasil, o tempo de espera pelas consultas é tão elevado que, para os utentes, é lhes indiferente quem os atende: apenas querem ser atendidos. Por sua vez, tanto em Portugal como em

Espanha, o fator diferenciador para os utentes passa pela qualidade do atendimento dos Profissionais de Saúde. De facto, em ambos os países as Instalações e Estrutura já são consideradas desenvolvidas sendo até a dimensão que apresenta um grau de satisfação maior (como é possível verificar na tabela 4).

A hipótese 3 não apresenta diferenças assinaláveis entre os três estudos apesar de no estudo de Silva (2019) apresentar valores muito baixos. Esse facto poderá ser justificado pelas mesmas razões da hipótese 2.

Por outro lado, a hipótese 4 aproxima todos os estudos em análise. Nos três estudos a eficiência geral é a segunda hipótese que mais influência a qualidade global dos utentes das unidades de saúde. De salientar mesmo que, entre o estudo de Silva (2019) e o presente estudo, os valores de  $\beta$  são semelhantes: 0,21 e 0,263, respetivamente.

## CONCLUSÕES

A gestão organizacional nunca foi tão desafiada como agora, devido a uma pandemia que tem acelerado mudanças internas, tais como o incremento do teletrabalho e a utilização da tecnologia enquanto ferramenta indispensável no desenvolvimento das empresas.

As unidades de saúde, de igual forma, tiveram de se adaptar às novas circunstâncias uma vez que o Covid-19, além de trazer o medo e a incerteza, foi a alavanca de muitas mudanças que, noutras circunstâncias levaria anos a implementar. Assim, além de estarem na linha da frente no combate a um inimigo invisível, os profissionais de saúde passaram a olhar para os utentes de outra forma, em muitos casos mais distanciada.

Aquilo que se assiste em hospitais, centros de saúde e clínicas é uma espécie de revolução em que, no centro das atenções, está a segurança de quem trabalha nestas instituições, mas, de igual forma, o bem-estar de quem necessita de médicos, enfermeiros ou do pessoal administrativo. Todos fazem parte desta engrenagem, que emperra caso uma das partes não faça o que lhe compete.

Este trabalho, cuja temática foi definida antes da pandemia, acabou por caminhar no sentido de conhecer a perceção que os utentes têm relativamente aos serviços de saúde prestados na zona centro, bem como identificar as principais fragilidades destas unidades de saúde, públicas e privadas. Note-se que esta investigação pode ser encarada como um instrumento de gestão, designadamente a avaliação que os doentes fazem, na primeira pessoa, relativamente aos cuidadores e restante estrutura, humana, técnica e física. Trata-se uma ferramenta importante para uma eventual melhoria dos serviços prestados, quer ao nível médico, quer no que toca aos auxiliares, que também fazem parte da engrenagem, mas também ao nível dos equipamentos e infraestruturas.

É com base neste tipo de estudos que os gestores podem introduzir alterações ao nível dos recursos humanos, quer seja no reforço do quadro de médicos, enfermeiros, auxiliares ou no sector administrativo e até mesmo na qualidade das instalações. A opinião dos utentes pode ser um elemento clarificador das decisões de investimento, no curto, médio e longo prazo. Aliás, pode ser a base de um cronograma de investimentos.

O modelo *Healthqual*, usado nesta investigação, fornece assim aos gestores e diretores das unidades de saúde uma ferramenta útil de gestão para a medição da qualidade funcional das suas organizações. Os resultados demonstraram a grande importância dos profissionais de saúde para a perceção dos utentes. Ou seja, os pacientes

podem usar o modelo para expressar as suas opiniões e percepções sobre os cuidados que receberam, com base nas suas expectativas versus experiências vividas. Essas informações são de grande importância e devem ser levadas em linha de conta, pois a melhoria interna deve ser um desafio constante.

A forma como os utentes olham para estas instituições são essenciais no processo de avaliação do desempenho, pois este deve recorrer a múltiplas fontes, diminuindo assim eventuais erros de julgamento, evitando-se assim fortuitos conflitos internos.

Neste sentido, a principal conclusão que se retira dos inquéritos por questionário é que os utentes têm uma percepção muito positiva dos serviços de saúde da zona centro, numa altura em que a saúde está no topo das preocupações das pessoas, sobretudo devido à pandemia.

Há, porém, aspetos que funcionam melhor e outros menos bem nas instituições prestadoras deste tipo de serviços, o que é natural quando as análises dos dados integrou o público e o privado, onde existirão seguramente diferenças de quem olha para a saúde como um direito universal e tendencialmente gratuito ou tem uma visão de investimento, com retorno para os acionistas.

Importa agora tentar encontrar respostas para as questões de partida identificadas no início da investigação, desde logo quais os fatores que influenciam a satisfação dos utentes.

O modelo utilizado nesta investigação demonstrou validade adequada para medir a percepção dos utentes acerca das unidades de saúde da zona centro. Através da análise regressiva foi possível verificar que todas as dimensões são preponderantes e influentes na percepção e satisfação dos utentes das unidades de saúde. Todas elas apresentaram valores significativos e, portanto, todas as hipóteses se verificam (H1, H2, H3 e H4). Assim, dada a validação de todas as hipóteses, constatamos que todos os fatores estudados através das quatro hipóteses influenciam a satisfação dos utentes das unidades de saúde da zona centro. Isto é, as Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde influenciam a percepção dos utentes sobre a Qualidade Global das unidades de saúde, a Qualidade dos Profissionais de Saúde influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde, a Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde e a Eficiência Geral influencia a percepção dos utentes da Qualidade Global das unidades de saúde.

Os gestores devem, assim, dar importância a todas as dimensões, pois são importantes para a percepção dos utentes, não caindo na tentação ou no erro de valorizar

uma variável em detrimento das demais. Porém, caso existam restrições de ordem financeira, a gestão poderá quantificar a ordem de prioridades de investimento e os dados revelam que a qualidade dos profissionais de saúde é a que mais influencia a percepção dos utentes, seguida da eficiência geral, à frente das instalações e estruturas e, finalmente, a qualidade dos profissionais e técnicos de apoio ao utente.

Outra questão que importa dar resposta com robustez, através da análise dos dados, é a opinião que os utentes têm relativamente aos serviços de saúde prestados na zona centro. Os técnicos de apoio ao utente e as instalações e infraestruturas foram os fatores que apresentaram resultados menos elevados o que, de alguma forma, está em linha com a questão anterior. Isto poderá dever-se ao facto de os utentes não darem tanta importância a funções que não têm tanto impacto na “experiência” na unidade de saúde e, no segundo caso, as instalações e infraestruturas, apesar de satisfatórias, necessitem de melhorias.

A percepção dos utentes de uma unidade de saúde depende principalmente de dimensões que estão intimamente ligadas aos profissionais de saúde que estão em contato direto e prolongado com o paciente, bem como de certas medidas de eficiência: facilidade na marcação de consultas, o tempo de atendimento e de realização de exames, a resolução das reclamações feitas pelos pacientes e a distribuição do tempo destinado a cada utente.

Finalmente, importa dar resposta à seguinte questão: quais as principais fragilidades das unidades de saúde da zona centro?

O presente estudo demonstra que as principais fragilidades das unidades de saúde são as instalações e infraestruturas e a eficiência em geral. No primeiro caso destacam-se fragilidades no parque de estacionamento das unidades de saúde e nos equipamentos das mesmas. Estas duas variáveis, apesar de representarem fragilidades, não são críticas na satisfação dos utentes, pelo que não influenciam de forma significativa a importância da dimensão no modelo final. Por outro lado, no domínio da eficiência em geral, evidenciam-se como fragilidades a facilidade de marcação de consultas, o tempo baixo de atendimento, a rápida realização de exames, a resolução das reclamações feitas pelos utentes, o tempo destinado a cada utente e o tratamento diferenciado a utentes com Covid-19.

Este trabalho acaba, assim, por abrir caminhos a novas investigações. Desde logo entender qual a percepção que os profissionais de saúde da zona centro têm relativamente às instituições onde prestam serviço, através da autoavaliação e da avaliação dos seus pares. Ouvir as chefias diretas dos diversos setores das unidades de saúde daria uma visão

relevante para a tomada de decisões da gestão, designadamente uma eventual separação física entre o tratamento dos utentes Covid e não Covid.

Para além da avaliação do desempenho enquanto ferramenta de gestão de pessoas, este estudo levanta uma questão essencial para os serviços de saúde do país: deve investir-se em recursos humanos ou em infraestruturas? Novas ou melhorar as existentes?

Num país em que a questão sanitária obrigou a um enorme esforço no investimento nas unidades de saúde, sobretudo públicas mas também privadas, os recursos financeiros devem privilegiar aquilo que é mais importante, pois neste domínio tudo conta e, neste sentido, uma lacuna pode condicionar os serviços que se prestam num país em que as pessoas são cada vez mais exigentes. E devem sê-lo, pois só assim é que teremos maior qualidade.

À guisa de conclusão, importa aqui recordar que a força mais poderosa da gestão e da liderança é o exemplo e este tem de ser dado a cada instante. As opções que se tomam devem ser fundamentadas com base em estudos estruturados que vão ao encontro dos interesses dos utentes, sem esquecer que a eficácia e a eficiência dependem de profissionais de saúde qualificados e motivados, que desenvolvam o seu trabalho em instalações e com equipamentos de excelência. Infelizmente, a pandemia veio revelar que há um longo caminho a percorrer. Mas o caminho faz-se... caminhando.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma investigação na temática da avaliação/gestão do desempenho poderia “ouvir” outras fontes de avaliação, designadamente a perceção que os recursos humanos das entidades de saúde têm relativamente ao seu funcionamento. Era essa a ideia original, mas tal não foi possível, muito por culpa da pandemia. A autoavaliação é, porventura, a fonte mais privilegiada para perceber o funcionamento das unidades de saúde, que não sucedeu devido às limitações no acesso a estes profissionais, que têm estado na linha da frente no combate à Covid-19.

Outra limitação prende-se com uma aparente satisfação dos utentes relativamente às instituições de saúde, podendo os resultados ter sido influenciados pela dependência que temos hoje dos profissionais de saúde, em tempos de Covid-19. Este estudo, caso tivesse sido antes da pandemia, poderia revelar outras debilidades, que neste caso pode ter levado a que as respostas tenham sido dadas de acordo com um erro comum nos sistemas de avaliação: tendência central.

O Efeito de *Halo* pode ter estado igualmente aqui presente, ou seja, o avaliador ao ter uma opinião fortemente positiva acerca de uma característica, julga as restantes do mesmo modo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagja, J. & Garg, R. (2010). *Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context*. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 4(1):60-83.
- Almeida, F. (1996). *Avaliação de desempenho para Gestores*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Andaleeb, S. (2001). *Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country*. Social Science & Medicine, 52(9):1359-1370.
- Anderson, E. (1995). *Measuring service quality and university health clinic*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 14(6-7):260-270.
- Angelopoulou, P., Kangis, P. & Babis, G. (1988). *Private and public medicine: A comparison of quality perceptions*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(1):14-20.
- Anvari, A., Soltani, I. & Rafiee, M. (2016). *Providing the Applicable Model of Performance Management with Competencies Oriented*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 230(12):190-197.
- Arasli, H., Ekiz, E. & Katircioglu, S. (2008). *Gearing Service quality into Public and Private hospitals in smallisland; Empirical Evidence from Cyprus*. International journal of health care quality assurance, 21(1):8-23.
- Babakus, E. & Boller, G. (1992). *An empirical assessment of the SERVQUAL scale*. Journal of Business Research, 24(3):253-268.
- Babakus, E. & Mangold, W. (1992). *Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation*. Health Services Research, 26(6):767-786.
- Bacal, R. (2004). *Managers guide to performance reviews*. New York: McGraw-Hill.
- Baggs, C. & Kleiner, B. (1996). *How to measure customer service efficiently*. Managing Service Quality: An International Journal.
- Barnes, N. & Movatt, D. (1986). *An examination of patient attitudes and their implications for dental services marketing*. Journal of Health Care Marketing, 6(3):60-63.
- Baron, A. & Armstrong, M. (2007). *Human Capital Management*. London: Kogan Page.

- Berry, L., Parasuman, A. & Zeithaml, V. (1988). *The service quality puzzle*. Business Horizon, 31(5):35-43.
- Bilhim, J. F. (2004). *Teoria Organizacional: Estruturas e pessoas*. Lisboa: ISCSP.
- Black, B. (2000). *The application of SERVQUAL in a district nursing service*. Scotland: PTM Publishers.
- Blaise, P. (2003). *Measuring Quality*. Epidemiology Seminar, Institute of Tropical Medicine. Quality Assurance Project. Antwerp, 13 March 2003.
- Bopp, K. (1990). *How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: A marketing perspective*. Journal of Health Care Marketing, 10(1):6-15.
- Boshoff, C. & Gray, B. (2004). *The relationship between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry*. South African Journal of Business Management, 35(4):27-37.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithaml, V. (1993). *A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions*. Journal of Marketing Research, 30(1):7-27.
- Bowers, M., Swan, J. & Koehler, W. (1994). *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?*. Health Care Manage, 19(4):49-55.
- Boxall, P. & Purcell, J. & Wright, P.M. (2009). *Human Resource Management: Scope, Analysis, and Significance*. In The Oxford Handbook of Human Resource Management.
- Brilman, J. (2000). *As melhores práticas de Gestão no Centro do Desempenho*. Lisboa: Edições Sílabo. 1ª Edição.
- Brito, T. (2015). *Qualidade em saúde - satisfação do utente com o serviço de urgências do hospital de Santa Maria*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Brown, S. & Swartz, T. (1989). *A gap analysis of professional service quality*. Journal of Marketing, 53(2):92-98.
- Brown, T., Churchill, G. & Peter, J. (1993). *Improving the measurement of service Quality*. Journal of Retailing, 69(1):127-139.
- Buttle, F. (1996). *SERVQUAL: Review, critique, research agenda*. European Journal of Marketing, 30(1):8-32.

- Caetano, A. & Vala, J. (2007). *Gestão de Recursos Humanos - contexto, processos e técnicas*. Lisboa: RH Editors.
- Caetano, A. (2008). *Avaliação de Desempenho – O essencial que avaliadores e avaliados precisam de saber*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Camara, P. B., Guerra, P. B. & Rodrigues, J. V. (1997). *Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Camilleri, D. & O’Callaghan, M. (1998). *Comparing public and private hospital care service quality*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(4):127-133.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ Clinical Research, 321(7262):694-696.
- Carman, J. (1990). *Consumer perceptions of service quality: an assessment of SERVQUAL Dimensions*. Journal of Retailing, 66(1):33-55.
- Carroll, S. & Schneier, C. (1982). *Performance appraisal and review systems: the identification, measurement, and development of performance in organizations*. EUA: Scott Foresman & Company.
- Caruth, L. & Humphreys, H. (2008) *Performance appraisal: essential characteristics for strategic control*. Measuring Business Excellence, 12(3):24-32.
- Carvalho, J. C. & Filipe, J. C. (2008). *Manual de estratégia: Conceitos, prática e roteiro*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cascio, H. (2006). *Managing Human Resources*. New York: McGraw-Hill
- Cascio, W. (2006). *Global performance management systems*. In: Stahl, G., Bjorkman, I. (2006). *Handbook of Research in International Human Resource Management*. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, 176-196.
- Certo, S. C. (1994). *Modern Management: Diversity, Quality, Ethics, and the Global Environment*. Boston: Allyn & Bacon
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campos.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas S.A. 7ª edição.

- Chin, W. (1998). *The partial least squares approach to structural equation modelling*. *Modern Methods for Business Research*, 8(2).
- Correia, R. (2009/2010). *Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António*. Dissertação de Mestrado. ICBAS: Universidade do Porto.
- Crane, F. & Lynch, J. (1988). *Consumer selection of physicians and dentists: An examination of choice criteria and cue usage*. *Journal of Health Care Marketing*, 8(3):16.19.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). *Measuring service quality: a re-examination and an Extension*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 56(3):55-68.
- Crosby, P. (1979). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain: How to Manage Quality - So That It Becomes A Source of Profit for Your Business*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Cunha, M., Rego, A. & Habid, N. (2013). *Avaliando a avaliação do desempenho: algumas notas sobre o caso português*. Nova Leadership Initiative.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabra-Cardoso, C., Marques, C. & Gomes, J. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Silabo.
- Dantas, J. (2001). *Gestão da Inovação*. Vida Económica.
- Davies, A. & Ware, J. (1981). *Measuring patient satisfaction with dental care*. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(6):751-760.
- Dean, A. (1999). *The applicability of SERVQUAL in different health-care environments*. *Health Marketing Quarterly*, 16(3):1-21.
- Deepa, E., Palaniswamy, R., Kuppusamu, S. (2014). *Effect of performance appraisal system in organizational commitment, job satisfaction and productivity*. *The Journal Contemporary Management Research*, 8(1):72-82.
- Deming, W. (1988). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Demirel, Y., Yoldas, M. & Divanoglu, S. (2009). *The effect of perceived service quality on satisfaction, recommendation behavior and preference: A study in the health sector*. *South African Journal of Business Management*, 49(12):3047-3068.

- Donabedian, A. (1980). *Exploration Quality Assessment and Monitoring: Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1987). *Commentary on some studies of the quality of care*. Health Care Financing Review, Spec No(Suppl):75-85.
- Donabedian, A. (1988). *Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of Means*. Inquiry Journal, 25(1):173-192.
- Donabedian, A. (1993). *Quality in health care: whose responsibility is it?*. American Journal of Medical Quality, 8(2):32-36.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly Journal, 83(4):681-729.
- Douglas, L. & Connor, R. (2003). *Attitudes to service quality: The expectation gap*. Nutrition and Food Science, 33:165-172.
- Druker, P. (1994). *Gerindo para o Futuro*. Ed. Difusão Cultural. Lisboa
- Dusterhoff, C., Cunningham, J. & MacGregor, J. (2014). *The Effects of Performance Rating, Leader-Member Exchange, Perceived Utility, and Organizational Justice on Performance Appraisal Satisfaction: Applying a Moral Judgment Perspective*. Journal of Business Ethics, 119(2):265-273.
- Elembilassery, V. (2019). *Process Framework for Development of Performance Management System*. Indian Journal of Industrial Relations, 54(4):735-744.
- Endeshaw, B. (2020). *Healthcare service quality-measurement models: a review*. Journal of Health Research.
- Feigenbaum, A. (1983). *Total quality control*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Fernandes, A. & Caetano, A. (2007). *A avaliação de desempenho*. In Caetano, A. & Vala, J. (2007) *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, processos e técnicas*. Lisboa: RH Editors. p.357-387.
- Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F. & Duarte, H. (2015). *GRH para gestores*. Lisboa: RH Editora

- Filho, D., & Júnior, J. (2010). *Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial*. Doutorado em Ciência Política. Universidade Federal de Pernambuco.
- Fortin, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Gabbott, M. & Hogg, G. (1995). *Grounds of discrimination establishing criteria for evaluation*. *Service Industries Journal*, 15:90-101.
- Grönroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. *European Journal of Marketing*, 18(4):36-44.
- Hair, J., Hult, G., Ringle, C. & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling*. *Handbook of Market Research*.
- Hall, J. & Dornan, M. (1990). *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis*. *Social Science & Medicine*, 30(7):811-818.
- Hartog, D., Boselie, P. & Paauwe, J. (2004). *Performance management: a model and research agenda*. *Applied Psychology: An International Review*, 53: 556-569.
- Haywood-Farmer, J. & Stuart, F. (1988). *Measuring the quality of professional services. The Management of Service Operations. Proceedings of The Third Annual International Conference of the U.K. Operations Management Association*. University of Warwick.
- Honderich, T. (2005). *The Oxford Companion to Philosophy*. Oxford Companions.
- Huselid, M. A. (1995). *The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance*. *The Academy of Management Journal*, 38(3):635-672.
- IOM. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Institute of Medicine, Washington DC: National Academy Press.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Itumalla, R., Acharyulu, G. & Shekhar, B. (2014). *Development of HospitalQual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital*. *Operations and Supply Chain Management an International Journal*, 7(2):54-63.
- Iyer, R. & Muncy, J. (2004). *Who do you trust?*. *Marketing Health Services*.

- Jabnoun, N. & Chacker, M. (2003). *Comparing the quality of private and public hospitals*. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(2):290-299.
- John, J. (1992). *Patient satisfaction: The impact of past experience*. *Journal of Health Care Marketing*, 12(3):56-64.
- Johns, N., Avci, T. & Karatepe, O. (2004). *Measuring service quality in travel agents: Evidence from Northern Cyprus*. *Service Industries Journal*, 24(3):82-100.
- Johnston, R. (1995). *The zone of tolerance: exploring the relationship between service transactions and satisfaction with the overall service*. *International Journal of Service Industry Management*, 6(2):46-61.
- Joss, R. & Kogan, M. (1995). *Advancing quality: total quality management in the national health service*. Buckingham: Open University Press.
- Juran, J. (1988). *Juran's quality control handbook*. New York: McGrawHill Book Co.
- Juwaheer, T. & Kassean, H. (2006). *Exploring quality perceptions of health care operations: a study of public hospitals of Mauritius*. *Journal of hospital marketing & public relations*, 16(1-2): 89-111.
- Kaiser, H. (1974). *An index of factorial simplicity*. *Psychometrika*, 39:31-36.
- Kandampully, J. & Butler, L. (2001). *Service guarantees: A strategic mechanism to minimize customers' perceived risk in service organizations*. *Journal of Service Theory and Practice*, 11(2):112-121.
- Kara, A., Lonial, S., Tarim, M. & Zaim, S. (2005). *A paradox of service quality in Turkey: The seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality*. *European Business Review*, 17(1):5-20.
- Karassavidou, E., Glaveli, N. & Papadopoulos, C. (2009). *Quality in NHS hospitals: No one knows better than patients*. *Measuring Business Excellence*, 13(1):34-46.
- Kehoe, J. (1995). *Basic item analysis for multiple-choice tests*. *Practical Assessment, Research and Evaluation*. Vol. 4, Article 10.
- Kilbourne, W., Duffy, J., Duffy, M. & Giarchi, G. (2004). *The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality*. *Journal of Services Marketing*, 18(7):524-533.

- Kulik, C. T. (2004). *Human Resources for the non-HR manager*. Mahwah, HJ: Lawrence-Erlbaum.
- Lam, S. (1997). *SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 8(4):145-152.
- Lansbury, R. (1988). *Performance Management: a process approach*. *Human Resource Management*, 26(2):46-55.
- Lawler, E. (2003). *Reward Practices and Performance Management System Effectiveness*. *Organizational Dynamics*, 32(4):396-404.
- Lee, D. (2016). *HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality*. *Service Business*, 11(3):491-516.
- Lee, H., Delene, L., Bunda, M. & Kim, C. (2000). *Methods of measuring health-care service quality*. *Journal of Business Research*, 48(3):233-246.
- Lengnick-Hall, M. L. & Lengnick-Hall, C. A. (2003). *Human Resource Management in the knowledge economy*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Likert, R. (1967). *The Human organization: Its management and value*. American Association for the Advancement of Science.
- Lim, P. & Tang, N. (2000). *A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(6-7):290-299.
- Lim, S., Wang, T. K. & Lee, S. (2017). *Shedding New Light on Strategic Human Resource Management: The Impact of Human Resource Management Practices and Human Resources on the Perception of Federal Agency Mission Accomplishment*. *Public Personnel Management*, 46(2):91-117.
- Llosa, S., Chandon, J. & Orsinger, C. (1998). *An empirical study of SERVQUAL's dimensionality*. *Service Industries Journal*, 18(2):16-44.
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman. 3ª Edição.
- McAlexander, J., Kaldenberg, D. & Koenig, H. (1994). *Service quality measurement*. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3):34-40.
- McLaughlin, C. & Kaluzny, A. (2006). *Continuous quality improvement in health care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Mikhaylov, F., Julia, K., & Eldar, S. (2014). *Current tendencies of the development of service of human resources management*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150(15):330-335.
- Milkovich, G. T. & Boudreau, J. W. (1994). *Human Resource Management*. New York: Richard D. Irwin.
- Miranda, J., Chamorro, A., Zamorano, L. & Vega, J. (2010). *Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions*. *Service Industries Journal*, 30(13):2137-2149
- Mostafa, M. (2005). *An empirical study of patients' expectations and satisfaction in Egyptian hospitals*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6-7):516-532.
- Naveh, E. & Stem, Z. (2005). *How quality improvement programs can affect general hospital performance*. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 18(4-5):249-270.
- Neves, J. G. (2007). *Gestão de Recursos Humanos: Evolução do problema em termos dos conceitos e práticas*. In Caetano, A. & Vala, J. (2007). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, processos e técnicas*. Lisboa: Editora RH, 1-101.
- Newman, K., Maylor, U. & Chansarkar, B. (2001). *The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(2-3):57-68.
- Noe, R. A., Greenberg, D. B. & Wang, S. (2002). *Mentoring: What we know and where we might go*. In G. R. Ferris & J. J. Martocchio (Eds.). *Research in personnel and human resources management*, 21(3):129-173.
- Oliver, R. (1980). *A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions*. *Journal of Marketing*, 17(4):460-469.
- Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Ovretveit, J. (2000). *Total quality management in European healthcare*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2):74-79.
- Pacheco, F. (2007). *Avaliação de desempenho*. Universidade Cândido Mendes.

- Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1985/1988). *SERVQUAL a multiple-Item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. Marketing Science Institute, Cambridge, 64(1):12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1991). *Refinement and reassessment of SERVQUAL scale*. Journal of Retailing, 67(4):420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. Journal of Marketing, 49(4):41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1994). *Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for future research*. Journal of Marketing, 58(1):111-124.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piligrimiene, Z. & Buciuuene, I. (2011). *Exploring managerial and professional view to healthcare service quality*. Journal of Economics and Management, 16:1304-1313.
- Ramos, J. (1987). *El análisis factorial confirmatorio aplicado a la investigación pedagógica no-experimental*. Bordón, Madrid, 31(1):18-33.
- Reichheld, F. & Sasser, W. (1990). *Zero Defections: Quality Comes to Service*. Harvard Business Review, 68(5):105-111.
- Reidenback, R. & Sandifer-Smallwood, B. (1990). *Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach*. Journal of Health Care Marketing, 10(4):47-55.
- Reis, F. L. & Silva, V. P. G. (2018). *Capital Humano: Temas para uma boa gestão das organizações*. Lisboa: Edições Sílabo. 2ª Edição.
- Rust, R. & Zahorik, A. (1993). *Customer satisfaction, customer retention and market share*. Journal of Retailing, 69(2):193-215.
- Sewell, N. (1997). *Continuous quality improvement in acute healthcare: Creating a holistic and integrated approach*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 10(1):20-26.
- Sherman, A., Bohlander, G. & Snell, S. (1996). *Managing Human Resources*. Cincinnati, OH: South-Western.

- Silva, E. (2019). *HEALTHQUAL: Percepção da qualidade de clientes em hospitais. Projeto de Graduação*. Universidade de Tecnologia de Brasília.
- Silvestro, R. & Johnston, R. (1992). *The determinants of service quality: Hygiene and enhancing factors*. St John's University, New York, NY.
- Sohail, M. (2003). *Service quality in hospitals: more favourable than you might think*. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(3):197-206.
- Stichler, J.F. & Weiss, M.E. (2001). *Through the Eye of the Beholder: Multiple Perspectives on Quality in Women's Health Care*. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(4):1-13.
- Storey, J. (1995). *Human Resource Management: A Critical Text*. London, New York: Routledge.
- Swartz, T. & Brown, T. (1989). *Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality*. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 17:189-195.
- Swartz, T., Bowen, D. & Brown, S. (1995). *Advances In Services Marketing and Management*. JAI Press.
- Taylor, M. S., Renard, M. K. & Tracy, K. B. (1998). *Managers reactions to procedurally just performance management systems*. *Academy of Management Journal*, 41(5):568-579.
- Teas, R. (1994). *Expectations: a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment*. *Journal of Marketing*, 58(1):132-139.
- Thomas, R. J. (1988). *What is Human Resource Management?*. *Work, Employment & Society*, 2(3):392-402.
- Vandamme, R. & Leunis, J. (1993). *Development of multiple-item scale for measuring hospital service quality*. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3):30-49.
- Varinli, I. & Cakir, A. (2004). *Relationships among the Service Quality, Patient Satisfaction, Perceived Value, and Behavioral Intentions-Research towards to the Polyclinic Patients in Kayseri*. *Erciyes Universitesi Sosyal Bilimler Enstitusu Dergisi*, 29(2):33-52.

- Walters, M. (1995). *The Performance Management Handbook*. Institute of Personnel and Development, London.
- Ware, J. & Snyder, M. (1975). *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical services*. *Medical Care*, 13(8):669-682.
- Wilson, A., Zeithaml, V., Bitner, M. & Gremler, D. (2008). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*. McGraw Hill Inc., NY.
- Wong, J. (2002). *Service quality measurement in a medical imaging department*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5):206-212.
- Woodside, A., Frey, L. & Day, T. (1989). *Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions*. *Journal of Health Care Marketing*, 9(4):5-17.
- Youssef, F. (1996). *Health care quality in NHS hospitals*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(1):15-28.
- Zarei, A., Arab, M., Froushani, A., Rashidian, A. & Tabatabaei, M. (2012). *Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective*. *BMC Health Services Research*, 12(1):31.
- Zeithaml, V., Berry, L. & Parasuraman, A. (1996). *The behavioral consequences of service quality*. *Journal of Marketing*, 60(2):31-46.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. The Free Press, New York.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. (1992). *Strategic Positioning on The Dimensions Of Service Quality*. *Journal of Applied Business Research*.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

# ANEXOS

## Anexo 1 - Questionário

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

### Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

Este questionário enquadra-se numa investigação acerca das unidades de saúde da zona centro, no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Gestão, realizada no Instituto Politécnico de Leiria.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (Dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião pessoal e individual.

O questionário é anónimo e não existem respostas certas ou erradas. Por isso, solicitamos-lhe que responda de forma espontânea e sincera a todas as perguntas.

Em todas as questões terá apenas de assinalar com um clique (ou vários círculos quando assim for permitido) a sua opção de resposta.

Obrigada pela sua colaboração.

\* Required

Untitled Section

Caracterização

Coloque um X na opção que o caracteriza.

1. Género \*

*Mark only one oval.*

Masculino

Feminino

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

2. Idade \*

*Mark only one oval.*

- < 30 anos
- 30 - 45 anos
- 46 - 64 anos
- > 65 anos

3. Habilitações Literárias \*

*Mark only one oval.*

- Até 12º ano
- Licenciatura
- Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

4. Situação profissional \*

*Mark only one oval.*

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Outra

5. Qual o seu rendimento médio mensal? \*

*Mark only one oval.*

- Menos de 635€/mês
- Entre os 635€ e os 2000€/mês
- Mais de 2000€/mês

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

6. Já se deslocou a alguma unidade de saúde da zona centro? (Definam-se unidades de saúde da zona centro como Hospitais, Clínicas Médicas, Centros de Saúde, Outros) \*

(Distritos de Leiria, Coimbra, Santarém, Aveiro, Viseu, Castelo Branco ou Guarda)

*Mark only one oval.*

- Sim, nos últimos 12 meses
- Há mais de 1 ano
- Nunca

Caracterização

Coloque um X na opção que o caracteriza.

7. Em que distrito(s) se localiza(m) a(s) unidade(s) de saúde onde se deslocou? \*

Pode colocar mais do que uma opção.

*Check all that apply.*

- Leiria
- Coimbra
- Santarém
- Castelo Branco
- Guarda
- Aveiro
- Viseu

8. Que tipo(s) de unidade(s) de saúde da zona centro se deslocou? \*

Pode colocar mais do que uma opção.

*Check all that apply.*

- Hospital
- Clínica Médica
- Centro de Saúde
- Outro

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

9. Qual a natureza da unidade(s) de saúde da zona centro onde se deslocou? \*

Pode colocar mais do que uma opção.

*Check all that apply.*

- Público  
 Privado  
 Outro

10. Se respondeu apenas uma opção na questão anterior, mantenha essa opção identificada nesta pergunta. Pelo contrário, se respondeu a mais do que um tipo de unidade de saúde, pense na última unidade de saúde que visitou para o que resta deste inquérito e indique que tipo de unidade “elege”. \*

*Mark only one oval.*

- Público  
 Privado  
 Outro

11. A frequência de uma unidade de saúde foi de algum modo relacionada com a situação recente do Covid-19 (Coronavírus), tanto da sua parte, como de familiares ou amigos? \*

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não

Questionário

O conjunto de questões que se segue, seguirá a Escala de Likert numerada de 1 a 7.  
Tenha em consideração que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”.

**Instalações e Estrutura da Unidade de Saúde**

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

12. A unidade de saúde apresentava uma boa higiene. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. A unidade de saúde apresentava conforto e comodidade aos utentes. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. A unidade de saúde possuía boa facilidade de acesso aos gabinetes de consulta/quartos. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. A unidade de saúde apresentava facilidade de circulação de pessoas com mobilidade reduzida. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

16. Na unidade de saúde houve privacidade durante a consulta e/ou estadia do utente. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. O parque estacionamento da unidade de saúde era de fácil acesso. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. A unidade de saúde possuía equipamentos de alta tecnologia e em bom funcionamento. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. A unidade de saúde possuía uma boa localização. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

20. As instalações estavam preparadas para receber pacientes com Covid-19, apresentando sinalética e informações adequadas, bem como boas condições de higienização.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário

O conjunto de questões que se segue, seguirá a Escala de Likert numerada de 1 a 7. Tenha em consideração que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 7 "concordo totalmente".

### Qualidade dos Profissionais de Saúde

Definam-se Profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, entre outros.

21. Os Profissionais de Saúde aparentavam apresentar uma boa higiene. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Os Profissionais de Saúde demonstraram profissionalismo. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

23. Os Profissionais de Saúde foram educados e gentis. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Os Profissionais de Saúde transmitiram segurança. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Os Profissionais de Saúde transmitiram, de forma eficiente, as suas mensagens.

\*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Os Profissionais de Saúde estiveram atentos aos problemas do paciente. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

27. Os Profissionais de Saúde demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Os Profissionais de Saúde procuraram entender, de forma clara, o problema do paciente. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Senti-me melhor quando fui atendido por Profissionais de Saúde com um grau de qualificação maior. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Percecionei que os profissionais de saúde estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

## Questionário

O conjunto de questões que se segue, seguirá a Escala de Likert numerada de 1 a 7. Tenha em consideração que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 7 "concordo totalmente".

**Qualidade dos Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente**

Definam-se Técnicos de Apoio ao Utente como seguranças, pessoal administrativo, entre outros.

31. Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente aparentavam apresentar uma boa higiene. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente demonstraram profissionalismo. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente foram educados e gentis. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

34. Os Profissionais Técnicos de Apoio ao Utente estiveram atentos aos problemas dos pacientes. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. As equipas, em geral, demonstraram preocupação em resolver os problemas do paciente. \*

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Percecionei que os profissionais técnicos de apoio ao utente estavam bem capacitados e preparados para lidar com a situação de pandemia provocada pelo Covid-19, tanto em termos de conhecimento, como de equipamentos de proteção, desinfetantes, entre outros.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário

O conjunto de questões que se segue, seguirá a Escala de Likert numerada de 1 a 7. Tenha em consideração que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”.

Eficiência Geral

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

37. Na unidade de saúde foi fácil marcar consultas.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. O tempo de atendimento foi baixo.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Foi rápida a realização de exames.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Na unidade de saúde resolveram as reclamações feitas por parte dos pacientes.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

41. A unidade de saúde conseguiu distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Percecionei que existia um tratamento diferenciado para os pacientes Covid-19, sem prejuízo da eficiência de serviço relativa aos restantes pacientes.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Questionário

O conjunto de questões que se segue, seguirá a Escala de Likert numerada de 1 a 7. Tenha em consideração que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 7 "concordo totalmente".

### Qualidade Global

43. De forma geral senti-me satisfeito com o serviço recebido na unidade de saúde. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

44. De uma maneira geral, os funcionários da unidade de saúde foram prestáveis e acessíveis. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. De uma maneira geral, a unidade de saúde preocupou-se com o utente. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Globalmente, as solicitações e/ou reclamações foram sempre aceites e resolvidas.

Responda a esta questão apenas se fizer sentido no seu caso.

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. A unidade de saúde é segura e de confiança. \*

*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

08/11/2020

Inquérito por Questionário - Unidades de Saúde da Zona Centro

52. Se quiser ter conhecimento dos resultados do estudo, indique por favor o seu Nome e Email:

---

---

---

---

---

**O seu questionário terminou aqui, muito agradecida!**

Para qualquer questão relacionada com este inquérito contacte por favor:

Catarina Santos Ferreira em [2182732@my.ipleiria.pt](mailto:2182732@my.ipleiria.pt)

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms