

Qualidade nas organizações de saúde:

Uma leitura na voz dos doentes [1]

Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Dep. Sociologia
casilva@uevora.pt

Resumo

A partir da experiência vivenciada de mais de uma década nos estudos sobre a satisfação dos doentes e profissionais de saúde com a qualidade do desempenho das unidades de saúde, apresento uma reflexão sobre a abordagem da qualidade dos serviços de saúde. Tomo como ponto de partida que a qualidade não se inscreve numa linha do controle ou do exercício da autoridade administrativa, antes, porém, deve ser implementada com uma “forte” natureza pedagógica e orientada para a correção dos erros ou eventuais falhas na prestação de cuidados. A partir da revisita aos materiais empíricos compilados de vários estudos, reanalizo os dados recolhidos juntos dos doentes e concluo que a legitimidade de um processo de qualidade para a melhoria dos cuidados prestados depende da capacidade da ação coletiva da organização para construir um sistema de padrões de atendimento aceitável e observável pelos utentes ou doentes. Em síntese, falar de qualidade em saúde implica igualmente ouvir os doentes porque eles são a “razão de ser” das instituições de saúde.

Palavras-Chave: Qualidade, Serviços de Saúde, Doentes, Alentejo.

Abstract

From the experience of more than a decade in studies related with patients and health professionals satisfaction with healthcare services quality, I present a reflection about health services quality approach. I take as a starting point that quality does not fall within a line of administrative authority control, but rather must be implemented with a “strong” pedagogical nature and oriented towards correcting errors or possible failures in healthcare. From revisiting empirical materials compiled from several studies, I review data collected from patients, I conclude that the legitimacy of a quality process for improving healthcare depends on organization ability to take collective action to build a acceptable system of healthcare standards and observable by users or patients. In short, talking about quality in healthcare also means listening the patients because they are the “raison d'être” of healthcare institutions.

Key-words: Quality, Health Services, Patients. Alentejo.

Notas preliminares

A problemática da qualidade, em geral, remete-nos para uma abordagem polissémica e interdisciplinar na qual encontramos um conceito repleto de sentidos e contra sentidos. Igualmente, a dinâmica intrínseca ao conceito remete-nos para uma multiplicidade de contextos, cuja variabilidade e leitura plural de ordem sociológica, psicológica e de gestão das organizações influem na construção daquilo que entendemos ser o melhor para a organização (Silva & Miranda, 2014).

O tema da qualidade nas organizações de saúde não é recente. Em Portugal, à semelhança do que se passa no espaço europeu, o movimento da qualidade na área da saúde, iniciado nos finais dos anos 1990, deu origem à implementação do processo de acreditação hospitalar e à criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com especial relevância a criação de “*um projeto de monitorização do desempenho de centros de saúde, através de indicadores que ao longo de três anos (1995 a 1997) envolveu cerca de 20 centros de saúde a nível nacional*” (Pisco & Bisciais, 2001, p. 45).

Se há quase três décadas que o discurso da qualidade veicula no campo da saúde, o movimento da qualidade continua ainda a estar na ordem do dia nas organizações de serviços de saúde, com implicações diversas nas prestações de cuidados de saúde. Porém, na atualidade assistimos um discurso mais centrado na qualidade e segurança do doente, assumindo que todas as práticas dos profissionais de saúde devem estar isentas de riscos para quem precisa de cuidados de saúde, nomeadamente na área das tecnologias da saúde (Silva, 2019; Azevedo, 2015; Ribeiro, 2018), agindo as intervenções “*de acordo com as normas nacionais ou internacionais*” (Azevedo, Silva & Abrantes, 2017, p. 7)

De fato, apesar da implementação de diversos programas de qualidade nas organizações de serviços de saúde, o que se sabe é que, em Portugal, se verificam de forma recorrente níveis de inaceitabilidade do funcionamento de alguns serviços de saúde. Tratam-se de situações que têm originado não só uma “paralisação” da eficácia e eficiências de muitos serviços de saúde do setor público, mas sobretudo ilustram uma degradação constante da imagem e da qualidade do serviço nacional de saúde português, como se podem constatar nos relatórios anuais (Relatório Primavera 2001 a 2019) do OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde e os relatórios da OCDE.

De relevar ainda que, no relatório de 2019 do OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde sobre o perfil de Saúde de Portugal, “*Em 2017, 2,3 % da população portuguesa comunicaram necessidades de cuidados médicos não satisfeitas devido ao custo, à distância ou aos tempos de espera. As necessidades não satisfeitas diminuíram desde 2014, mas mantiveram-se acima da média europeia (1,8 %). Além disso, as diferenças comunicadas no que se refere a necessidades não satisfeitas entre os escalões de rendimentos baixos e elevados foram significativas*” (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2019, p. 15). Ainda segundo o mesmo relatório “*Até 2010, os tempos de espera de longa duração para cirurgia programada (como, por exemplo, remoção de catarata e artroplastia da anca) eram resolvidos combinando garantias de máximo tempo de espera com opções para os doentes escolherem tratamentos com qualquer prestador público ou privado. Porém, após os êxitos assinaláveis verificados até essa data, a situação deteriorou-se parcialmente devido a reduções no*

número de profissionais e no financiamento do SNS durante a crise económica e os tempos de espera voltaram a aumentar nos últimos anos. Apesar de continuarem abaixo dos níveis de 2006, os tempos de espera para cirurgia programada, por exemplo, cirurgia da catarata e artroplastia do joelho, são agora mais demorados do que em Espanha, no Reino Unido e nos Países Baixos” (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2019, p. 18).

A gravidade de tais situações assumiu proporções de impacto na sociedade que, por exemplo, nos últimos 5 anos, diversos *medias* (jornais, blogs e outros meios *on-line*) relataram a ocorrência de greves dos profissionais de saúde em prol de melhorias dos serviços de urgência, destacando-se a paralisação dos serviços de obstetria por falta de recursos humanos, e a ocorrência de críticas severas às longas listas de espera para cirurgias ou a necessidade dos utentes de pernoitarem à porta dos centros de saúde para poderem obter uma senha de consulta.

Estamos perante situações de não qualidade nos serviços de saúde portugueses? Importa relevar que a prestação de cuidados de saúde não é uma atividade de serviços qualquer (Setbon, 2000; Robelet, 2001; Abrantes, 2016). Argumenta Abrantes que uma “*empresa de serviços é, ou deveria ser, uma empresa mais próxima do cliente. Esta proximidade torna-se mais relevante quando estamos a considerar serviços de saúde, que assumem ainda outros contornos especiais ou seja, devem estar completa e absolutamente orientados para o cliente*” (Abrantes, 2016, p. 172). Acrescenta ainda o autor que “*Dada a dificuldade em prever o comportamento e as necessidades do cliente, torna-se incerto determinar quais as circunstâncias em que está recomendado conferir autonomia ao atendedor, no sentido de ser o próprio a escolher a melhor solução para o cliente com o qual interage. Este é um pressuposto que se aplica necessariamente e assume-se como mais uma especificidade dos cuidados de saúde. Esta especificidade leva-nos, igualmente, a não optar por nenhum dos paradigmas clássicos para a organização das empresas de serviços, padronização ou personalização. Neste caso, temos que personalizar e padronizar em simultâneo*” (Abrantes, 2016, p. 172).

Parafraseando Domingues, reconheço que, embora sendo o conceito da qualidade deveras relevante nas práticas de gestão das organizações, a verdade é que as preocupações focadas no cliente, utilizador ou

consumidor, não são lineares, na medida em que “a qualidade é, especialmente nos serviços, difícil de avaliar. As características e a intangibilidade geram ambiguidade, criando dificuldades na objetivação dos conceitos e na sua medição” (Domingues referido por Abrantes, 2016, p. 171).

Foi pela constatação da importância da dimensão avaliativa da qualidade em saúde e o desafio da necessidade da sua compreensão sociológica que, durante uma década e no âmbito dos protocolos de cooperação do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora com várias instituições de saúde, coordenei a realização de estudos sobre a qualidade e a satisfação dos utentes e profissionais de saúde das organizações de serviços de saúde do Alentejo, enquadrados numa linha de trabalho da “Análise Estratégica das Organizações, a Análise de Dados da Ação Organizada e a Cooperação Transfronteiriça”. Para o desenvolvimento destes estudos a equipa desenvolveu um instrumento de recolha de dados (HQual1 e HQual2), adaptado do modelo da qualidade modelo SERVPERF de Cronin e Taylor (1992), sendo este, resultante do modelo SERVQUAL (Intangibilidade, Segurança, Capacidade de Resposta, Fiabilidade, Empatia) desenvolvido por Parasuraman et al. (1985, 1988), sem a medição das expectativas (Miranda, 2010; Silva & Miranda, 2014; Silva et al., 2006-2011), sendo estes modelos muito utilizados na área da gestão e do *marketing*. Os resultados dos estudos realizados nas organizações de serviços de saúde do Alentejo revelam uma certa presença longitudinal e crónica de défices de capacidade de resposta dos serviços, com avaliações que revelam uma clara insatisfação dos doentes ao nível dos tempos de espera, sobretudo no que concerne ao funcionamento dos serviços de urgência, confirmando não só os resultados globais e parcelares de alguns dos trabalhos conducentes a teses de mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, mas relevam que estão em linha com as críticas plasmadas nos relatórios Primavera do OPSS e da OCDE.

No presente artigo, subordinado ao título de “Qualidade nas Organizações de Saúde. Uma Leitura na Voz dos Doentes”, apresento apenas alguns dados sobre a opinião dos utentes ou doentes de uma das unidades hospitalares do Alentejo, procurando desta forma dar a conhecer não só o perfil de insatisfação dos

respondentes, mas também ilustrar de forma sumária o perfil percetivo dos doentes sobre os atributos que caracterizam a qualidade dos serviços de saúde hospitalares, ao nível da urgência, do internamento e da consulta externa. Trata-se de uma parte da informação recolhida longitudinalmente, durante cerca de década e meia, no âmbito dos estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos utentes e profissionais de saúde em Portugal (Região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), realizados na “linha de trabalho” que referi acima e que fui construindo com os meus orientandos e demais colaboradores.

1- Entre os discursos otimistas da qualidade e os dilemas sociopolíticos nas organizações de serviços de saúde

1.1- Nas malhas dos discursos otimistas

Podemos encontrar milhares de publicações nas revistas científicas e centenas de teses de mestrado e de doutoramento, questionando a problemática da qualidade e abordando a temática nas mais diferenciadas áreas e contextos organizacionais. “Se é verdade que a qualidade é entendida na filosofia da gestão como uma meta possível de mensuração e não apenas uma definição de bom (é mais um esforço contínuo para melhorar do que um grau de excelência pré-definido), não é menos verdade que o conceito de qualidade tem diferentes significados, dependendo do que realmente consideramos qualidade e/ou daquilo que necessitamos obter para a conseguir” (Abrantes, 2016, p. 173).

De acordo com a instituição de acreditação internacional *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) a qualidade dos serviços de saúde define-se como “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (JCAHO citado por Abrantes, 2016, p. 174). Abrantes acrescenta ainda que a qualidade da produção nos serviços de saúde não está dissociada da satisfação das necessidades de saúde da população (Andaleeb, 2001; Abrantes, 2016). De fato, já 1993, a OMS definiu qualidade em saúde de acordo com os critérios de “alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de risco e um

alto grau de satisfação dos pacientes” (OMS, 1993 citado por Innocenzo et al., 2006, p. 85).

Não obstante a relevância destas definições, em termos sumários, ao reportar a ideia de satisfação dos doentes, a qualidade em saúde define-se na lógica tradicional do conceito de qualidade do setor da indústria e dos serviços, isto é, como a *“adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”* (Mezomo, 2001, p. 111). Tal como refere Coote (1993), *“a noção de qualidade abordada através do conceito de gestão pela excelência recai sobre o fundamento de que é necessário satisfazer o cliente. Nesta lógica gestonária (...), a satisfação do cliente é perspetivada como a chave do sucesso”* (Abrantes, 2016, p. 173). Por outras palavras, majora-se a ideia de compromisso com o cliente importado da linguagem das lógicas produtivas do setor da indústria e dos serviços para as organizações de saúde, marcando assim uma certa inevitabilidade da transição mercadológica dos conceitos e normas da qualidade industrial para o setor da saúde (Setbon, 2000; Robelet, 2001).

De notar que a qualidade no setor industrial surgiu com o objetivo de fornecer determinados produtos com características específicas sem defeitos (Segestrin, 1997; Setbon, 2000). Trata-se de um discurso otimista, cujos autores como Deming e Juran, entre outros, propõem um conjunto de princípios da qualidade com vista à promoção da melhoria constante do processo produtivo, sem erros. Nesta perspetiva managerialista otimista de Deming perspetiva-se que a melhoria da qualidade resulta da melhoria consequente do processo e das relações duradouras com os fornecedores, clientes e consumidores, situação que facilitaria uma desejada redução do desperdício (Nóbrega et al., 2004).

Na mesma lógica otimista e gestonária, Juran argumenta que o conceito de qualidade não é mais do que uma dada *“aptidão para o uso”* (Juran citado por Nóbrega et al., 2004, p. 40), sugerindo três processos fundamentais para alcançar a qualidade: o planeamento da qualidade, o controlo de qualidade e a melhoria da qualidade. Para o autor, tal situação que implica a construção de *“projetos de melhoria, criação para cada projeto de uma equipa com (...) responsabilidade de o levar a bom*

termo; disponibilização dos recursos, motivação e formação necessários para que as equipas façam o diagnóstico (...) promovam a concretização de soluções e controlem (...) os gastos” (Nóbrega, et al., 2004, p. 42). Na mesma linha, Costa (citado por Gurgel Junior & Vieira, 2002) argumenta que a adoção dos pressupostos de gestão da qualidade em saúde não se dissocia da vontade dos agentes governamentais e das administrações hospitalares em controlarem os custos da assistência hospitalar quando comparados com os gastos totais em saúde. Entende-se aqui o custo no plano dos recursos utilizados para evitar efeitos adversos ou mesmo inconvenientes para a qualidade de vida do paciente (Setbon, 2000).

Todo este movimento da qualidade no setor da saúde não é alheio aos defensores do movimento da Nova Gestão Pública (NGP) que *“colocam uma grande ênfase na qualidade dos serviços prestados ao cliente da Administração Pública, e ressalvam que é igualmente importante estabelecer estratégias de motivação dos funcionários e de controlo efetivos dos orçamentos”* (Abrantes, 2016, p. 175).

Em todo o caso, somos a relevar que as teses industriais da qualidade de Deming, Juran e Crosby *“não são facilmente transacionáveis para as organizações de serviços de saúde públicas”* (Abrantes, 2016, p. 174). Se as ferramentas de gestão da qualidade da indústria, tais como a garantia de qualidade, a melhoria contínua da qualidade e a qualidade total, têm sido utilizadas há alguns anos no campo da saúde, particularmente no setor hospitalar, tal como nota Robelet (2001), não é menos verdade que a mobilização dos procedimentos da gestão da qualidade nas organizações de serviços de saúde, trouxe uma nova lógica na prestação de cuidados de saúde, exigindo não só um conjunto de padronizações de procedimentos, com consequências de ordem diversa na organização interna das estruturas das organizações de serviços de saúde (Cochoy et al, 1998; Setbon, 2000).

Segundo Donabedian, a qualidade em saúde comporta dois domínios. Por um lado, o domínio técnico, que consiste na *“aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados”* (Donabedian, citado por Nóbrega et al., 2004, p. 59) e, por outro lado, o domínio interpessoal que se relacionaria com os valores e normas de cada indivíduo cimentados pelos códigos de

ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente. Para Donabedian (2002), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde incide sobre três dos seus componentes: a) estrutura (recursos utilizados pelo serviço); b) processo (procedimentos utilizados na resolução do problema de saúde); c) resultado (estado de saúde do utente/doente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde).

Face ao exposto, falar de qualidade em saúde implica ter em consideração “a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes” (Nóbrega, et al., 2004, p. 59), aspeto que coloca em destaque a importância da qualidade não só sob o ponto de vista técnico na prestação de cuidados de saúde (identificação correta do problema, diagnóstico da doença correspondente a uma solução terapêutica adequada que permitiria restaurar o estado de saúde do doente ao menor custo), mas também na forma como se operacionalizam os processos de atendimento aos doentes.

1.2- Questões e dilemas sociopolíticos

Segundo Robelet (2001), ao relevar a importância dum processo de atendimento com qualidade e segurança (sem riscos para os doentes) nos procedimentos de prestação de cuidados de saúde, acabamos por colocar em ênfase o lugar da padronização e da regulação dos próprios cuidados de saúde. Trata-se de um discurso otimista, gestor e mercadológico que, em última instância, enfatiza uma certa representação produtivista da lógica industrial nas organizações de saúde, exacerbando a ideia de qualidade do atendimento protagonizado pelos profissionais de saúde como um produto da interação entre as diversas partes interessadas com vista à satisfação do cliente-paciente.

Para Setbon (2000), se estas ideias otimistas e managerialistas da qualidade em saúde procuram sedimentar certos “benefícios” para os pacientes, a sua concretização não é linear porque se exigem novos modos de regulação dos gastos em saúde, nos processos de prestação de cuidados e profundas mudanças comportamentais no seio das organizações e dos profissionais de saúde. A verdade é que esta ideologia

managerialista, que institucionaliza o “consumidor/cliente, como ‘rei’ e protagonista das novas políticas de saúde” (Carvalho, 2008, p.4), é tributária das lógicas da Nova Gestão Pública orientadas para “transformar as concepções, valores e atitudes dominantes nos profissionais” (Carvalho, 2008, p.4).

Robelet (2001) argumenta que a conceção da qualidade em saúde entrosa não só com uma multiplicação de questões (organização dos recursos, segurança do doente e qualidade) do próprio sistema de saúde, mas confronta-se igualmente com os aspetos legais e ético-deontológicos dos profissionais de saúde. Isto porque, na perspetiva do autor, as abordagens de qualidade, com ênfase na componente de qualidade organizacional e na padronização do atendimento dos doentes, acabam por conduzir à redução da autonomia dos profissionais de saúde, mormente dos médicos na prestação de cuidados, que se veem “obrigados” a “dividir” o poder de decisão nos processos de atendimento com outros atores, tais como o Estado (os atores governamentais, os administradores dos serviços), os diferentes grupos profissionais da saúde, os pacientes e demais instituições sociais (Hassenteufel referido por Robelet, 2001).

Subjaz assim na abordagem da qualidade em saúde, certas modalidades de controle nas organizações de serviços de saúde, que parecem deixar pouco espaço para a expressão individual da “mentalidade clínica” (Freidson referido por Robelet, 2001). Não é de admirar que Castel & Maerle (2002) e Robelet (2001) argumentam que perante a situação de inevitabilidade da adoção da abordagem da qualidade em saúde nas organizações, os profissionais de saúde podem adotar comportamentos estratégicos para contornar os conteúdos das normas e padrões escritos, para melhor dominar as mudanças organizacionais provocadas pelas iniciativas de qualidade.

Perspetiva-se assim a presença de uma certa visão pessimista na abordagem da qualidade em saúde, cuja sedimentação oculta certos conflitos latentes entre os atores das organizações de saúde (administradores, grupos profissionais e doentes) na disputa do controle dos processos de atendimento na prestação de cuidados de saúde (Castel & Maerle, 2002; Robelet, 2001).

Apesar da existência de perspectivas otimistas e pessimistas que subjazem nas abordagens da qualidade em saúde, para Setbon (2000), o interesse pela qualidade em saúde nas organizações de saúde do mundo ocidental pode ser justificado por razões de ordem técnica e pelos desenvolvimentos de natureza sociopolítica dos sistemas de saúde. Para o autor, a natureza técnica diz respeito ao conhecimento das causas e efeitos da não qualidade, bem como dos métodos capazes de definir, implementar e verificar a qualidade na prestação de cuidados de saúde, isto é, da possibilidade de ter referências operacionais sobre como “*fazer bem*” para não “*fazer errado*” (Donabedian referido por Setbon, 2000). A questão sociopolítica diz respeito à natureza socialmente inaceitável da insegurança na prestação de cuidados de saúde e seus múltiplos custos associados, pelo que a introdução da qualidade em saúde surge como uma solução para um problema público de responsabilidade política e cuja implementação visa o aumento do bem-estar coletivo (Gusfield citado por Setbon, 2000). Por outras palavras, esta perspectiva sociopolítica releva a importância da “consciencialização” dos riscos produzidos pelas organizações de serviços de saúde e da sua natureza socialmente inaceitável, situação que veio a impulsionar as autoridades públicas no desenvolvimento de regulamentações capazes de responder e garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente ou paciente (Setbon, 2000; Castel & Maerle, 2002; Robelet, 2001; Sousa et al., 2011; Abrantes, 2017).

Parafraseando Setbon (2000), Robelet (2001) e outros, ao valorar a dimensão sociopolítica da abordagem da qualidade em saúde, enfatiza-se a legitimidade quer das regulamentações, normativos e padronizações dos atos clínicos e técnicos, quer da constante procura da satisfação dos doentes face aos serviços prestados pelos profissionais de saúde.

De acordo com Batalden & Davidoff (2007), o alcance da melhoria da qualidade em saúde passa pela imprescindível necessidade do envolvimento e do esforço de todos (grupos profissionais, pacientes/utentes e seus familiares, investigadores, gestores dos subsistemas e instituições de ensino dos diferentes grupos profissionais), quer ao nível das mudanças organizacionais para alcançar melhores resultados para os

pacientes/utentes, quer no domínio da melhoria do desempenho dos diferentes grupos profissionais. Por outras palavras, se atendermos a que “*a qualidade nas unidades de saúde resulta dum conjunto de processos de gestão que interfere com o nível de cumprimento dos processos e serviços, o perfil de motivação dos seus membros e o grau de satisfação dos utentes*” (Miranda, 2010, p. 12), então, para compreender a relevância da qualidade nos serviços de saúde pressupõe uma dinâmica avaliativa dos vários agentes do processo (profissionais e utentes) (Silva et al., 2006-2011).

Face ao exposto, considerando relevante colocar o doente no centro do sistema organizacional dos cuidados de saúde (Freitas, 2015) e não considerando o doente como um ignorante que não sabe ou não consegue fazer as suas escolhas “*no mercado dos cuidados de saúde*” (Abrantes, 2016, p. 176), justifica-se a abertura de espaços de audição da voz do cidadão, que, no caso presente, relanço um (re)olhar sobre a informação recolhida durante vários anos sobre o tema da qualidade nos serviços de saúde, quer para melhor compreender as necessidades e as experiências dos doentes, quer como um contributo para a melhoria das políticas e práticas de cuidados das instituições de saúde.

2- Breves notas sobre as opções metodológicas

2.1- Questões prévias

Na literatura encontramos vários modelos para medir a variação dos níveis de qualidade percebida e satisfação dos doentes, apresentando tais medidas como uma atitude ou como um evento específico de natureza processual, mas que pode ser detetado pelas observações do desempenho dos prestadores dos cuidados de saúde (Silva et al., 2006-2011; Silva & Miranda, 2014).

Ao longo dos estudos efetuados na região Alentejo e outras, tenho adotado uma perspectiva mais focada na apreciação e avaliação do desempenho profissional e organizacional. Nos diferentes estudos realizados, valorei sempre a perspectiva duma abordagem da qualidade com articulação das dimensões técnica e

sociopolítica, dito no sentido de Setbon (2000). Porém, neste artigo, coloco apenas o foco na dimensão técnica. A discussão sociopolítica reservo para um próximo artigo.

Sem entrar em grandes pormenores nas opções metodológicas, sumário que, decorrente da revisão da bibliografia sobre modelos de análise ou de avaliação da qualidade do desempenho nas organizações (industriais e serviços), verificámos que a maioria dos estudos sobre a qualidade utilizam dois modelos (SERVQUAL e SERVPERF) ou a adaptação destes (Miranda, 2010; Rodrigues, 2010; Silva et al., 2006-2011).

O modelo SERVQUAL baseia-se no pressuposto da existência de discrepâncias (*Gaps*) entre as percepções (P) e as expectativas (E), tal que a satisfação de um cliente $SC = \Sigma (P-E)$ é mensurável através de um modelo 22 itens de ponderação sobre as 5 dimensões da qualidade, elaborado por Parasuraman et al. (1985; 1988): “*Tangibilidade* (aspecto físico das instalações, dos equipamentos, do pessoal e do material escrito); *Segurança* (capacidade para inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade); *Capacidade de resposta* (capacidade para inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade); *Fiabilidade* (capacidade para realizar o serviço prometido de uma forma segura e com precisão); *Empatia* (atenção individual prestada aos clientes)” (Rodrigues, 2010, p. 28).

O modelo de SERVQUAL tem vindo a ser amplamente criticado, por exemplo por Cronin e Taylor (1992), mormente devido à dificuldade na aplicação. Para os autores, não faz sentido usar um modelo deste tipo porque a qualidade dum dado serviço resulta essencialmente da apreciação do desempenho dos mesmos serviços, sendo a medida decorrente das percepções dos clientes. A partir desta premissa os autores propõem um novo modelo designado de SERVPERF (Rodrigues, 2010).

De relevar que o modelo de SERVPERF, oriundo dos estudos da área empresarial, tem vindo a ser aplicado na área da saúde com algumas modificações (Miranda, 2010; Silva & Miranda, 2014). Sumariamente podemos dizer que o modelo SERVPERF proposto por

Cronin e Taylor (1992), não é mais do que uma adaptação do modelo SERVQUAL, sem a medição das expectativas. Por outras palavras, parafraseando os autores e referido por Rodrigues (2010), o modelo SERVPERF sugere que a qualidade é uma função da satisfação, de tal modo que pode ser mensurável da forma seguinte: $QS = \Sigma (P)$.

Embora sejam dois modelos muito utilizados na área da gestão e do *marketing*, é “*de relevar que existe muita controvérsia quanto à aplicação destes modelos na área da saúde. Por exemplo, alguns dos estudos referem que a aplicação do modelo SERVQUAL não permite assegurar o acréscimo de informações sobre a qualidade do serviço, argumentando os autores que é suficiente aferir o desempenho do serviço para a análise da qualidade dos serviços (...). Outros autores utilizam ou defendem a conceção de uma nova versão do modelo, modificado de acordo com a natureza do serviço avaliado*” (Silva & Miranda, 2014, p. 166).

Segundo Ramsaran-Fowdar (2005), entre outros autores, as dimensões da qualidade da escala SERVQUAL não se ajustam integralmente para a avaliação da qualidade e satisfação dos serviços de saúde. As dimensões como o “profissionalismo/competência” e os “aspectos médicos/clínicos do serviço” constituem atributos específicos que os utentes podem utilizar para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. Ainda segundo aquele autor, para alcançar a compreensão da qualidade dum serviço de saúde é necessário ter em atenção o seguinte: a) aplicar com regularidade os inquéritos de satisfação dos utentes utilizando as dimensões dos atributos da qualidade envolvidas; b) a melhoria do nível do desempenho dos serviços; c) gestão das expectativas relativas à qualidade do serviço (Miranda, 2010; Silva et al., 2011; Silva & Miranda, 2014).

Num estudo realizado por Almeida et al (2010) para avaliar o nível de percepção da qualidade e satisfação dos utentes nos serviços de radiologia dos Hospitais públicos da região do Algarve, com aplicação de um questionário baseado num modelo modificado do SERVPERF e com adaptação dos 25 itens do modelo HQual1 (utilizado no estudo dos hospitais do Alentejo), foi possível concluir que, em termos gerais, é da opinião 124 dos doentes inquiridos que “*os serviços estudados apresentam-se mais influenciadas pelos atributos*

relacionados com a 'Atenção personalizada em termos gerais' e com as situações de ausência de 'Rigor do Serviço de Radiologia', quer nos aspetos formais e informais' (Almeida et al., 2010).

Noutros estudos sobre os serviços de radiologia do setor privado da Região de Lisboa e Vale do Tejo (Miranda, 2010; Silva & Miranda, 2014), com a aplicação de um modelo adaptado do SERVPERF e designado de HQual2 (versão melhorada do HQual1 utilizado no estudo dos hospitais do Alentejo), foi possível recolher um conjunto de dados (201 casos válidos) que, tratados com a análise SEM (*Structural Equation Modeling*), confirmou-se a existência de um modelo reduzido de oito itens e três dimensões na estrutura simplificada de perceção dos inquiridos, contendo esta “bons” valores de aferição, sendo de relevar os seguintes: GFI = 0,970; AGFI = 0,937; NFI=0,972; CFI = 0,991; RMSEA =0,046. Para os autores, a avaliação da qualidade percebida e a satisfação dos utentes face a um determinado serviço ou cuidado, resulta no essencial na mensuração da avaliação da *performance* dos profissionais da organização de saúde (Miranda, 2010; Silva et al., 2006-2011; Silva & Miranda, 2014).

Na opinião dos doentes estudados por Miranda (2010) e Silva & Miranda (2014), os principais atributos da qualidade estão relacionados com os seguintes fatores: “a) *Capacidade de Resposta: aspetos de resposta e acesso dos utentes ao serviço de imagiologia, designadamente através da monitorização dos tempos de espera*; b) *Credibilidade e Desempenho (Profissionalismo e Interação Profissional de Saúde – Doente): aspetos relacionados com a confiança, segurança do paciente*; c) *Aspetos Tangíveis: aspetos relacionados com as instalações e os equipamentos modernos; localização conveniente e apresentação dos profissionais'* (Silva & Miranda, 2014, p. 176).

Os estudos de Almeida et al (2010), Miranda (2010) e Silva & Miranda (2014) nas organizações de serviços de saúde portuguesas relevam a importância das questões relacionadas com o desempenho dos profissionais e da capacidade de resposta dos serviços de saúde.

De relevar que o modelo HQual2 (2009-2011), resultou essencialmente da adaptação do modelo HQual1 (Silva et al., 2006-2011) e do SERVPERF (Cronin e

Taylor, 1992) e das dimensões de avaliação da qualidade do desempenho dos serviços hospitalares de Ramsaran-Fowdar (2005). Para o desenvolvimento do modelo HQual2, realizámos os procedimentos ou protocolos metodologicamente aceites internacionalmente, iniciando com a pesquisa bibliográfica, o contato com os autores dos instrumentos consultados, seguida da tradução e retroversão para validação semântica dos itens e dimensões originais. Posteriormente, procedemos ao ajustamento dos itens ao contexto português. Após a avaliação da reprodutibilidade dos tópicos e itens do instrumento do modelo HQual2 durante vários anos de ensaios e estudos (2006 a 2011), com sucessivos testes e retestes (aplicação de análises de concordância com estatística K para variáveis categóricas e correlações para variáveis assumidas como contínuas), análises e validações diversas, tais como a da consistência interna, da validade de critério e validade de construto, sendo este baseado na análise fatorial e da avaliação da validade convergente e discriminante, a versão final consolidada do instrumento HQual2, é composta pelas seguintes dimensões principais: a) *Aspetos físicos / Tangibilidade* (3 itens); b) *Capacidade de resposta / Sensibilidade / Recetividade* (4 itens); c) *Credibilidade / Fiabilidade (local de confiança)* (4 itens); d) *Relação com os doentes / Empatia* (6 itens); e) *Garantia / Segurança com Profissionalismo e competências* (7 itens); f) *Disponibilidade e acessibilidade a serviços específicos* (4 itens).

2.2- As preferências metodológicas adotadas

O exemplo que apresento neste artigo foi realizado no Hospital XPTO do Alentejo (pseudónimo para salvaguarda dos critérios de anonimato, conforme acordo institucional). Embora sendo um estudo realizado há mais de meia década atrás, os resultados justificam a sua apresentação não só para valorar a importância da voz dos doentes e ilustrar o seu perfil de opinião sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, mas sim porque muitos dos problemas do desempenho das organizações de saúde ainda subsistem na atualidade no espaço social português.

Trata-se de um trabalho elaborado em 2011, no seguimento de dois estudos anteriores realizados sobre um tema semelhante e que tiveram lugar em 2006 e 2008. Foram dois estudos que incidiram sobre o seguinte: a) Aspectos gerais do Hospital; b) Acessos; c) Pessoal; d) Exames e tratamentos; e) Outros serviços prestados no HESE; f) Instalações; g) Informações sobre o HESE; h) “Expectativas e Fidelização”. Os resultados destes estudos de 2006 e 2008 apresentaram, em termos globais e à data da pesquisa, uma matriz bastante positiva do funcionamento dos serviços do Hospital XPTO. Não obstante a presença de uma imagem bastante positiva dos diferentes sectores e serviços do Hospital XPTO junto dos inquiridos, colocámos em ênfase algumas áreas avaliadas menos positivamente, designadamente no que se refere à humanização dos serviços em geral, ao ambiente físico, à privacidade e conforto das diferentes instalações, ao atraso nas respostas de alguns serviços em particular (Silva et al., 2006-2011).

Em termos metodológicos propriamente ditos do último estudo do Hospital XPTO do Alentejo e retratado neste artigo, tratou-se de um estudo quantitativo de natureza comparativa e descritivo-correlacional. Tendo presente que a problemática da qualidade percebida dos utentes/doentes é deveras complexa que não pode ser tratada de forma linear, para analisar a voz dos cidadãos sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital XPTO do Alentejo, colocámos as seguintes perguntas de partida para a pesquisa, à semelhança do que foi adotado nos outros estudos realizados sobre unidades de saúde do Alentejo (Silva et al., 2006-2011): Qual é o modelo de qualidade percebida pelos doentes/utentes do Hospital XPTO? Qual é a relação entre os atributos da qualidade e a satisfação dos doentes/utentes do Hospital XPTO? Em caso afirmativo, quais são os atributos mais relevantes?

Em termos específicos, para dar resposta a estas questões, aplicámos um protocolo de recolha de dados baseado no modelo HQual2, procurando verificar se a matriz percetiva segue uma estrutura de 6 dimensões do modelo. Para explorar esta situação, elaborámos 3 tipos de questionários aplicados a uma amostra estratificada de 529 inquiridos dos serviços do Hospital

XPTO (urgência, consulta externa e internamento), todos maiores de 18 anos, com capacidades cognitivas para responderem ao questionário, e que recorreram aos serviços mais do que uma vez nos últimos 6 meses. Para efeitos de comparabilidade, os 3 tipos de questionário contêm uma bateria de itens semelhantes (escala global) de 31 parâmetros (28 principais e 3 de carácter geral). Todos os itens correspondem a escalas Lickert de 5 pontos. A recolha da informação obedeceu aos critérios éticos da investigação com a aplicação do consentimento informado e esclarecido.

Em termos de tratamento dos dados recolhidos, aplicámos um protocolo de análise conforme o seguinte: a) Análise descritiva dos atributos de qualidade, tendo em conta as medidas de tendência central e de dispersão; b) Análise da consistência global das escalas dos atributos do modelo HQual2 em estudo, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*; c) Análise fatorial exploratória para a caracterização das variáveis latentes da matriz dos atributos do modelo HQual2 (estimação do peso dos factores, as variâncias e as covariâncias, com método de rotação Varimax); d) Realização da análise fatorial confirmatória através da avaliação do modelo de equações estruturais (SEM: *Structural Equation Modeling*) com as dimensões extraídas da análise fatorial exploratória, analisando a multidependência dos dados e o teste da dependência dos mesmos através de um modelo que operacionaliza a teoria; e) Análise comparativa e estudo de diferenças das relações entre os serviços de saúde estudados (internamento, urgência e consulta externa); f) Análise da dependência com regressão múltipla, após a verificação das condições de aplicabilidade (homocedasticidade e normalidade dos resíduos, covariância nula, multicolinearidade). Excetuando os dados referentes à alínea d) que foi tratada com a aplicação informática AMOS 17, as restantes situações foram tratadas com o *software* SPSS 17, versão Windows.

O instrumento “global” aplicado (modelo HQual2) apresenta escalas com valores excelentes de consistência interna, tendo obtido um *Alpha Cronbach* global de 0,978, situando os valores parcelares entre 0,841 e 0,938. Em termos específicos a fidedignidade das dimensões do modelo HQual2 foi verificada através do

coeficiente do *Alpha de Cronbach*, apresentando um valor global na ordem dos 0,978.

Em termos parcelares, as 6 dimensões obtiveram os seguintes coeficientes *Alpha*, indicadores que parecem poder corroborar a existência de adequada consistência interna da escala: a) Aspectos físicos / Tangibilidade com 3 itens (0,845); b) Capacidade de resposta / Sensibilidade / Recetividade com 4 itens (0,938); c) Credibilidade / Fiabilidade (local de confiança) com 4 itens (0,932), d) Relação com os doentes / Empatia com 6 itens (0,920); e) Garantia / Segurança com Profissionalismo e competências com 7 itens (0,936); f) Disponibilidade e acessibilidade a serviços específicos com 4 itens (0,841).

Tendo em conta a complexidade e o volume de dados do estudo realizado, são apenas apresentados neste artigo os dados referentes à análise fatorial exploratória, os da análise fatorial confirmatória decorrentes da avaliação do modelo de equações estruturais (SEM: *Structural Equation Modeling*) e uma parte sumária dos dados referentes à aplicação da análise de regressão múltipla. De referir ainda que, não obstante a especificidade dos serviços de urgência, internamento e consulta externos, não foram observadas diferenças significativas entre os itens e estes serviços, calculados através do teste de Kruskal-Wallis (Silva et al, 2006-2011).

3- Principais Resultados

Será que as dimensões “latentes” da qualidade dos serviços de saúde permitem explicar a variabilidade dos níveis de avaliação manifestada pelos doentes do Hospital XPTO? Em caso afirmativo, qual é o modelo de qualidade percebida pelos doentes/utentes do Hospital XPTO? E, qual é a relação entre os atributos da qualidade e a satisfação dos doentes/utentes do Hospital XPTO? Para responder a estas questões, tendo ainda em vista a compreensão do número de variáveis não observáveis (latentes) do modelo HQual2, procedemos em primeiro lugar à análise fatorial exploratória, através do método das componentes principais (AFCP), procurando desta forma explicar a correlação

e ou covariância entre o conjunto de variáveis e a presença de itens unidimensionais que validem o constructo de “Qualidade percebida”.

Da avaliação da dimensionalidade das medidas através da AFCP, obtivemos uma matriz inicial de 28 itens com uma solução fatorial composta por três dimensões que permitiu explicar 66,929% da variação do conjunto de dados. O fator 1 apresenta um valor próprio na ordem dos 15,897 e uma variância explicada na ordem dos 26%.

Submetendo a matriz de dados a uma rotação Varimax, com vista à definição de factores não correlacionados, foi possível obter uma adequada solução final de três dimensões, contendo cada uma indícios de itens multidimensionais (cargas fatoriais cruzadas e baixas comunalidades). Esta solução (modelo de medida) apresenta elevadas medidas de adequação da amostra de dados, sendo de destacar o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) na ordem dos 0,965 e a significância do teste de esfericidade de Bartlett's (*Approx. Chi-Square* = 8938,361; df=378; p = 0,000) (Quadro 1).

Cada uma das três dimensões apresenta elevados coeficientes *Alpha Cronbach*, corroborando assim a existência de adequada consistência interna de cada uma das sub-escala: a) “Credibilidade do Hospital XPTO enquanto local de confiança” com 12 itens (0,954); b) “Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes” com 8 itens (0,944); c) “Capacidade de resposta e disponibilidades específicas” com 8 itens (0,927) (Quadro 2).

Observamos na solução fatorial resultante que o primeiro fator (F1) pode ser designado de “*Credibilidade do Hospital XPTO enquanto local de confiança*”, visto que resulta da agregação de itens mais relacionados com o clima de confiança e de segurança manifestado pelos profissionais junto dos doentes, articulada com a avaliação positiva destes doentes face aos aspectos físicos das instalações.

Quadro 1: Variância Explicada dos Factores dos Atributos da Qualidade do Hospital XPTO

Comp.	Valores próprios			Somatório dos quadrados dos pesos factoriais			Somatório dos quadrados da Rotação dos pesos factoriais		
	Total	% da Variância	% acumulada	Total	% da Variância	% acumulada	Total	% da Variância	% acumulada
1	15,897	56,774	56,774	15,897	56,774	56,774	7,405	26,448	26,448
2	1,718	6,135	62,909	1,718	6,135	62,909	5,972	21,330	47,778
3	1,125	4,020	66,929	1,125	4,020	66,929	5,362	19,151	66,929

Nota: Total 529 questionários. 28 componentes. Análise exploratória: Análise Factorial de Componentes Principais, Matriz de Rotação Varimax - 28 Itens. KMO = 0,965. Teste de esfericidade de Bartlett's: Approx. Chi-Square = 8938,361; df=378; p = 0,000).

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Quadro 2: Factores da Estrutura Global Exploratória dos Atributos da Qualidade do Hospital XPTO

	F1	F2	F3	Inicial	Final (Alpha Cronbach)	Alpha se eliminado
P2.24. Senti confiança nos restantes profissionais	0,723			Credibilidade	F1 Credibilidade do HESE (local de confiança) 12 itens ,954	0,949
P2.15. Os restantes profissionais evidenciaram profissionalismo ...	0,704			Segurança		0,949
P2.8. O Hospital possui boa capacidade tecnológica e bons equip.	0,674			Aspectos físicos		0,952
P2.7. O Hospital possui boas instalações físicas (ambiente físico, ...)	0,656			Aspectos físicos		0,952
P2.14. Os(as) enfermeiros(as) evidenciaram profissionalismo e ...	0,652			Segurança		0,949
P2.11. Os profissionais de saúde promoveram a minha privacidade ..	0,637			Empatia		0,950
P2.10. Os profissionais de saúde garantiram conforto e segurança ..	0,622			Segurança		0,949
P2.25. Senti confiança no Hospital como um todo	0,618			Credibilidade		0,950
P2.23. Senti confiança nas(os) enfermeiras(os)	0,613			Credibilidade		0,948
P2.12. Foi fácil comunicar com os profissionais do Hospital / Serviço	0,610			Empatia		0,950
P2.9. O Hospital disponibiliza, em geral, uma boa informação ...	0,570			Aspectos físicos		0,951
P2.17. Existe uma boa articulação / relacionamento entre os serviços.	0,562			Empatia		0,950
P2.5. Foi-me dada uma explicação detalhada sobre os tratamentos .		0,803		Segurança	F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes 8 itens ,944	0,936
P2.4. Foi-me dada uma explicação detalhada sobre a minha situação.		0,781		Segurança		0,934
P2.6. Decidi em conjunto com o médico a escolha das alternativas ...		0,706		Segurança		0,941
P2.13. Os(as) médicos(as) evidenciaram profissionalismo e compet.		0,703		Segurança		0,936
P2.3. O atendimento foi personalizado		0,614		Empatia		0,937
P2.22. Senti confiança nas(os) médicas(os)		0,584		Credibilidade		0,937
P2.2. Houve um bom relacionamento durante a prestação dos cuidados.		0,581		Empatia		0,937
P2.1. Todos os profissionais do hospital cuidaram-me com simpatia		0,581		Empatia		0,937
P2.20. ...espera para os exames de análises clínicas foram aceitáveis			0,832	Resposta	F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas 8 itens ,927	0,910
P2.21. Os tempos de espera para os outros exames foram aceitáveis			0,815	Resposta		0,909
P2.19. ...espera para os exames na imagiologia ... foram aceitáveis			0,795	Resposta		0,912
P2.18. ... espera nos atendimentos ou consultas foram aceitáveis			0,717	Resposta		0,914
P2.27. O Hospital proporcionou apoio do Serviço Social			0,574	Disponibilidade		0,919
P2.26. O Hospital disponibilizou um bom serviço de alimentação			0,552	Disponibilidade		0,922
P2.16. O Hospital / Serviço avisa previamente os doentes quando ocorre alteração da data / hora da consulta ou do atendimento			0,457	Disponibilidade		0,926
P2.28. ... facilitou ou permitiu a presença de um familiar ou acomp.			0,454	Disponibilidade		0,924

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

No segundo fator (F2) ou dimensão, designado de “*Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes*”, reflete um conjunto de atributos ou itens mais relacionados com o desempenho dos profissionais na valorização da qualidade e segurança na prestação de cuidados, e na promoção do atendimento personalizado, bom relacionamento e simpatia junto dos doentes.

Em relação ao terceiro fator (F3), resultante da articulação de itens mais relacionados com os tempos de espera e os serviços específicos do Hospital XPTO, foi designado de “*Capacidade de resposta e disponibilidades específicas*”. De notar que dois itens (P2.16 e P2.28) deste fator apresentam cargas factores abaixo de 0,50, situação que a literatura recomenda a sua eliminação. Não obstante este facto, resolveu-se manter tais itens na estrutura fatorial (modelo inicial), na medida em que os resultados da análise da consistência interna do terceiro fator, não apontam melhorias do valor do *Alpha*, caso os mesmos itens sejam eliminados.

De acordo com os resultados da AFPC, somos a considerar que estamos perante um modelo de medida dos atributos da qualidade dos serviços de urgência, internamento e consulta externa do Hospital XPTO que não se organiza segundo seis dimensões da qualidade do modelo HQual2, mas sim por três dimensões fatoriais: a) “*Credibilidade do Hospital XPTO enquanto local de confiança*”; b) “*Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes*”; c) “*Capacidade de resposta e disponibilidades específicas*”.

Para melhor compreensão deste modelo fatorial, procedemos à análise fatorial confirmatória, via SEM, cujos resultados são apresentados em seguida.

De relevar que a modelagem das equações estruturais se baseia do pressuposto da existência de relações causais entre as variáveis. No presente estudo, considerámos como relevante um diagrama de caminhos para explicitar as relações de causalidade entre os atributos ou itens com os factores ou dimensões latentes do modelo inicial (variáveis independentes para explicar as variáveis dependentes). Assim sendo,

procurámos verificar uma hipótese geral, formulada da seguinte forma:

Hipótese: *A variação dos atributos da qualidade dos serviços de urgência, internamento e consulta externa do Hospital XPTO é explicada pelas dimensões da qualidade dos seus serviços, delimitada ao nível dos aspetos físicos ou elementos tangíveis, a fiabilidade/credibilidade, a capacidade de resposta, a empatia, a garantia/confiança/segurança e a disponibilidade de serviços específicos.*

Para explorar esta hipótese, aplicámos o SEM. De relevar que o tratamento através do SEM permite confirmar o ajuste dum modelo teórico criado a partir dos dados amostrais (Blunch, 2008). “*Existem dois modos para avaliarmos a adequabilidade do modelo: através do valor geral da estatística X^2 , juntamente com os graus de liberdade e o valor de probabilidade (valor P), e os índices de ajustamento de aderência do modelo. O X^2 avalia a diferença entre o modelo estruturado e os dados amostrais, e é representado pela fórmula: $X^2 = (n-1) (S-\Sigma_k)$. Contudo a simples conformação do modelo pelo valor do X^2 não é suficiente, já que esta varia com o tamanho da amostra (n). Ou seja, quando n aumenta, também aumenta a probabilidade de rejeitar a H_0* ” (Rodrigues, 2010, p. 53).

Segundo Hair et al. (1998), para que um modelo estrutural tenha um bom ajuste deve verificar o seguinte: a) qui-quadrado não significativo (com $p > 0,05$, sendo ideal 0,10 ou 0,20); b) índices incrementais maior que 0,9 (NFI, TLI); c) baixos valores de RMSR e RMSEA, baseados no uso de correlações ou covariâncias; d) índices de parcimónia que indicam que o modelo proposto é mais parcimonioso do que os modelos alternativos.

De acordo com o modelo equacional testado e estimado por máxima verosimilhança através dos cálculos do AMOS, extraímos um conjunto de índices de ajustamento. Os resultados obtidos indicam que os critérios de ajuste não se apresentam satisfatórios para validação do modelo inicial de 28 atributos, cujos índices são os seguintes: CFI (0,891) ligeiramente inferior a 0,90; RMSEA (0,088) próximo a 0,08 mas inferior a esse valor; GFI (0,783) inferior a 0,90; e NFI (0,868) inferior a 0,90. Embora os valores de RMSEA não ultrapassem (0,10), os dados revelam

um ajuste pobre ao modelo inicial de 28 atributos (Quadro 3).

Tendo em atenção, as orientações teóricas que subjazem o presente estudo, os factores extraídos na análise fatorial exploratória e os atributos que se apresentam como cargas fatoriais mais elevadas, procedemos ao reajustamento específicos do modelo, eliminando por sucessivos ensaios os valores mais baixos. Assim, num modelo reajustado, os valores obtidos permitiram-nos validar o ajustamento dos dados a

um modelo de 8 itens (*Chi-square*=31,905; graus de liberdade = 17; $p = 0,015$; $\chi^2/\text{gl} = 1,877$). Os índices de ajustamento apresentam-se elevados e são conforme o seguinte: GFI (Índice da bondade do ajustamento) = 0,986; AGFI (Índice da bondade do ajustamento ajustado) = 0,969; NFI (Índice de ajuste normalizado) = 0,989; CFI (*Comparative Fit Index*) = 0,995; PCFI (Índice de ajuste de parcimonia) = 0,604; RMSEA (Raiz quadrada da media do erro de aproximação) = 0,041) (Quadro 3).

Quadro 3: SEM - Índices de ajustamento do modelo Inicial e Final do Hospital XPTO

Modelo Inicial	Modelo Final
χ^2 (28) Chi-square=1758,954; $df = 344$; $p = 0,000$ $\chi^2/\text{gl} = 5,113$; GFI = 0,783; AGFI = 0,744; NFI=0,868; CFI = 0,891; PCFI = 0,811; RMSEA =0,088 (LO: 0,084; HI: 0,092; $p_{\text{close}} = 0,000$)	χ^2 (8) Chi-square=31,905; graus de liberdade = 17; $p = 0,015$ $\chi^2/\text{gl} = 1,877$; GFI = 0,986; AGFI = 0,969; NFI=0,989; CFI = 0,995; PCFI = 0,604; RMSEA =0,041 (LO90=0,017; HI90=0,062; $p_{\text{close}} = 0,737$)

Nota:

χ^2 – Qui-quadrado
 GFI – *Goodness-of-Fit Index* (Índice da bondade do ajustamento);
 AGFI - *Adjusted Goodness of Fit Index* (Índice da bondade do ajustamento ajustado) ;
 CFI – *Comparative Fit Index*;
 NFI – *Normed Fit Index* (Índice de ajuste normalizado);
 PCFI - *Parsimony Comparative Fit Index* (Índice de ajuste de parcimonia)
 RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation* (Raiz quadrada da media do erro de aproximação)

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

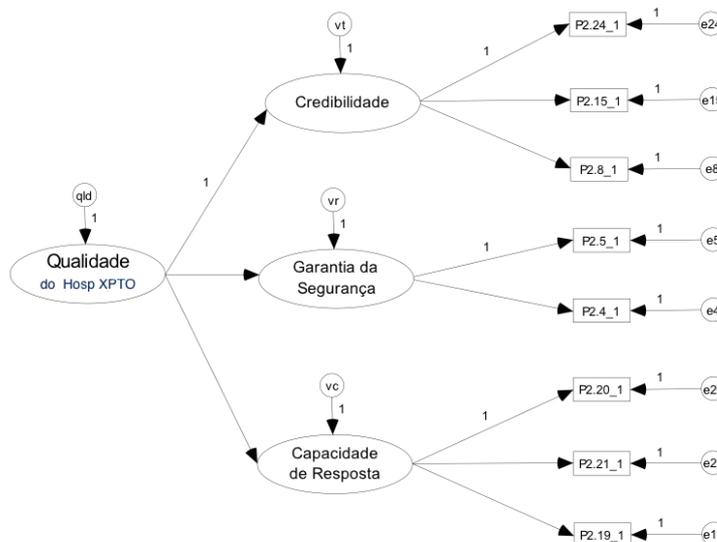
Denota-se que, quer as cargas fatoriais estandardizadas entre o fator de segunda ordem “*Qualidade do Hospital XPTO*” e cada um dos fatores de primeira ordem (*Credibilidade*: 0,879; *Garantia da Segurança*: 0,817; *Capacidade de Resposta*: 0,739), quer, estes com cada um dos itens ou atributos da qualidade, apresentam valores elevados. Os resultados SEM revelam ainda que as estimativas da variância das variáveis exógenas apresentam valores situados entre 0,073 e 0,257. Quanto às correlações múltiplas, as estimativas obtidas sugerem que as variáveis latentes *Credibilidade* (0,773), *Garantia da Segurança* (0,667) e *Capacidade de Resposta* (0,546) apresentam valores dentro dos limites do razoável, situação que parece indicar que tais valores são aceitavelmente explicados pelo modelo reajustado de 8 atributos (Fig 5; Quadros 4 e 5).

Em resumo, os valores obtidos não permitem validar o ajustamento dos dados a um modelo único de 28 atributos da qualidade, organizadas em seis dimensões, para o Hospital XPTO, refutando assim a hipótese colocada. Os valores obtidos permitem apenas aceitar uma possível validação parcial de algumas dimensões do HQual2, embora careça de melhores especificações das relações entre as variáveis e o ajustamento dos dados a um modelo reduzido, aceitável e plausível de 8 atributos para melhor explicar a estrutura percebida pelos doentes sobre a qualidade do desempenho dos serviços do Hospital XPTO. Estes resultados estão de certo modo em linha com outros estudos que realizámos, cujos resultados ilustram um modelo estrutural reduzido de 3 dimensões (Miranda, 2010; Silva & Miranda, 2014).

Se é verdade que o perfil da malha estrutural da matriz da qualidade percebida pelos doentes do Hospital XPTO parece ancorar num modelo reduzido de três dimensões, com oito atributos específicos, interrogamos até que ponto é que os dados recolhidos no período do estudo revelam ou não a presença de alguma importância significativa de cada uma das estruturas

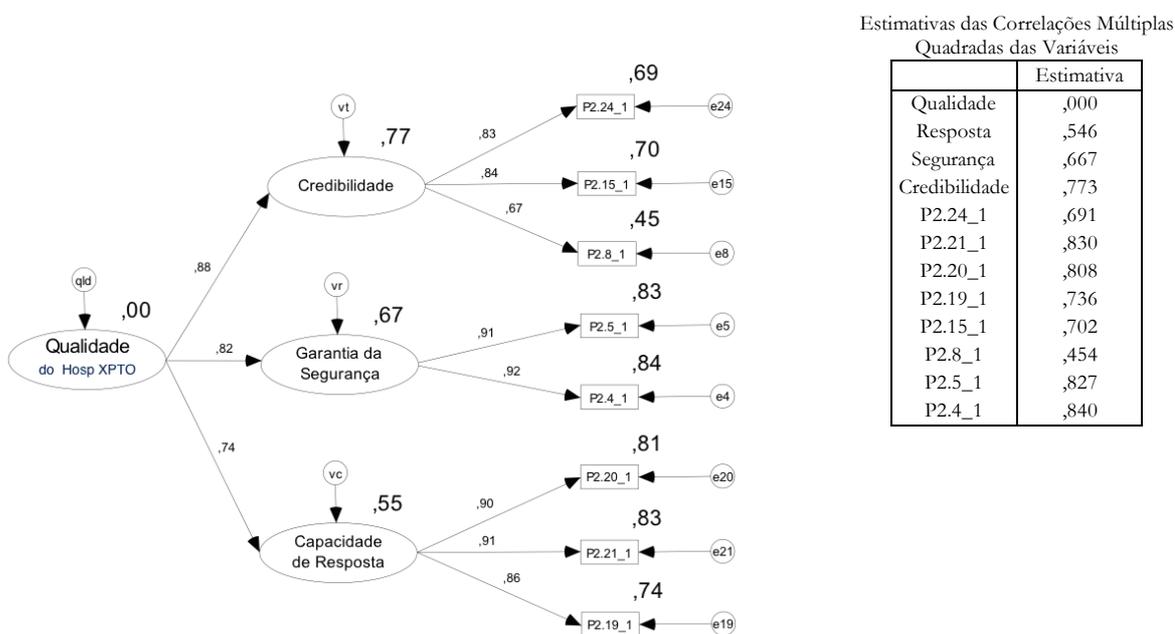
dimensionais latentes com a satisfação em geral, dos doentes inquiridos? Em caso afirmativo, será possível estabelecer alguma ordem de importância relativa atribuível a cada fator, quer para explicar a constituição dos níveis de satisfação, quer para esclarecer a variabilidade dos níveis de perceção da qualidade e da imagem do Hospital XPTO, em termos gerais?

Esquema 1: Hospital XPTO - Modelo Final Reajustado com 8 atributos



Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Esquema 2: Hospital XPTO - Modelo Final Reajustado, com estimativas estandardizadas



Estimativas das Correlações Múltiplas Quadradas das Variáveis

	Estimativa
Qualidade	,000
Resposta	,546
Segurança	,667
Credibilidade	,773
P2.24_1	,691
P2.21_1	,830
P2.20_1	,808
P2.19_1	,736
P2.15_1	,702
P2.8_1	,454
P2.5_1	,827
P2.4_1	,840

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Quadro 4: Estatística Descritiva dos itens do Modelo Final (Re)ajustado da Qualidade percebida

Variável	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
P2.24_1	1,000	4,000	-1,066	-10,011	1,784	8,374
P2.21_1	1,000	4,000	-,693	-6,506	,493	2,316
P2.20_1	1,000	4,000	-,647	-6,071	,375	1,760
P2.19_1	1,000	4,000	-,648	-6,085	,245	1,150
P2.15_1	1,000	4,000	-1,155	-10,847	2,018	9,472
P2.8_1	1,000	4,000	-,715	-6,712	,906	4,253
P2.5_1	1,000	4,000	-,832	-7,811	,433	2,034
P2.4_1	1,000	4,000	-,850	-7,982	,321	1,509
Multivariate					66,158	60,148

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Quadro 5: Coeficientes das Cargas Factoriais Estandarizadas e não Estandarizadas dos Parâmetros Estimados para o Modelo Final (Re)ajustado da Qualidade percebida

	Estimativas não Estandarizada	Estimativas Estandarizada	Erro de Estimativa	C.R.	P	Label
Segurança <--- Qualidade	1,170	,817	,088	13,243	***	par_1
Credibilidade <--- Qualidade	1,000	,879				
Resposta <--- Qualidade	1,050	,739	,080	13,203	***	par_2
P2.24_1 <--- Credibilidade	1,000	,831				
P2.15_1 <--- Credibilidade	1,010	,838	,049	20,592	***	par_3
P2.8_1 <--- Credibilidade	,815	,674	,052	15,733	***	par_4
P2.5_1 <--- Segurança	1,000	,909				
P2.4_1 <--- Segurança	1,033	,916	,040	25,574	***	par_5
P2.20_1 <--- Resposta	1,000	,899				
P2.21_1 <--- Resposta	1,008	,911	,033	30,576	***	par_6
P2.19_1 <--- Resposta	,984	,858	,036	27,501	***	par_7
Coeficientes da variância das variáveis exógenas						
	Estimativas não Estandarizada	Estimativas Estandarizada	Erro de Estimativa	C.R.	P	Label
qld	,248		,029	8,566	***	par_8
vt	,073		,017	4,427	***	par_9
vr	,169		,024	7,092	***	par_10
vc	,228		,024	9,452	***	par_11
e4	,104		,017	6,081	***	par_12
e5	,107		,016	6,581	***	par_13
e8	,257		,018	14,082	***	par_14
e15	,139		,014	10,071	***	par_15
e19	,175		,014	12,337	***	par_16
e20	,119		,012	10,284	***	par_17
e21	,104		,011	9,322	***	par_18
e24	,144		,014	10,454	***	par_19

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Para dar resposta a estas questões, formulamos a seguinte hipótese: *Os atributos específicos do modelo reajustado de qualidade percebida dos serviços do Hospital XPTO influenciam os níveis de avaliação da qualidade, em termos globais, assim como os da satisfação e da imagem dos serviços.*

Para verificar a presente hipótese, torna-se necessário explicar o comportamento das variáveis dependentes da “qualidade global”, da satisfação e da imagem dos serviços. Para o efeito, procedemos à análise da regressão múltipla entre estas variáveis globais e as variáveis predictoras resultantes da estrutura fatorial reajustada (variáveis compósitas: F1 Credibilidade do Hospital XPTO; F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes; F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas).

No caso da “Qualidade, em termos globais” do Hospital XPTO, o coeficiente de determinação ajustado do modelo de três variáveis predictoras é de 57% (R2 ajustado). Trata-se de um valor que pode ser considerado aceitável, embora não sendo francamente robusta. Todas as variáveis introduzidas no modelo são de interesse preditivo, na medida em que apresentam valor de mudança significativa em F. De notar que a variável com maior capacidade explicativa é a “Credibilidade do Hospital XPTO” por ter sido a primeira a ser introduzida no modelo. Tendo presente os resultados da terceira equação, pode-se concluir que os

nível de avaliação da “Qualidade, em termos globais” melhora à medida em que aumentam as variáveis F1 Credibilidade do Hospital XPTO (beta=0,523), F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas (beta=0,419) e , F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes (beta=0,412) (Quadro 6).

Quanto à “Satisfação, em termos globais” do Hospital XPTO, é possível verificar que o coeficiente de determinação ajustado do modelo de três variáveis predictoras é de 54,7% (R2 ajustado). Não sendo um valor elevado, trata-se de um valor que pode ser considerado aceitável para interpretar o comportamento das variáveis. Todas as variáveis introduzidas no modelo apresentam um adequado interesse preditivo, conforme comprova o valor de mudança significativa em F. No caso presente e à semelhança do modelo anterior, a variável com maior capacidade explicativa é a “Credibilidade do Hospital XPTO” por ter sido a primeira a ser introduzida no presente modelo. Analisando os resultados da terceira equação, é possível concluir que os níveis de “Satisfação, em termos globais” do Hospital XPTO melhoram à medida em que aumentam as variáveis F1 Credibilidade do Hospital XPTO (beta=0,510), F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes (beta=0,412), F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas (beta=0,401) (Quadro 7).

Quadro 6: Hospital XPTO - Qualidade em termos globais: Resultados da regressão múltipla

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro de estimativa standard	Estatística de mudança				
					Mudança no R ²	Mudança em F	df1	df2	Sig. da mudança em F
3	,757 ^c	,573	,570	,455	,169	190,415	1	482	,000
Modelo				Coeficientes não standardizados		Coeficientes standardizados		t	Sig.
				B	Erro típico	Beta			
3	Constante			3,090	,021		149,727	,000	
	F1 Credibilidade do Hospital XPTO			,371	,021	,523	17,537	,000	
	F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas			,294	,021	,419	14,071	,000	
	F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes			,290	,021	,412	13,799	,000	

Nota: a) *Predictors*: (Constant), F1 Credibilidade do Hospital XPTO, F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas, F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes; b) *Dependent Variable*: P3.1. A Qualidade, em geral, proporcionada pelos serviços do Hospital XPTO.

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Quadro 7: Hospital XPTO - Satisfação em termos globais: Resultados da regressão múltipla

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro de estimativa standard	Estatística de mudança				
					Mudança no R ²	Mudança em F	df1	df2	Sig. da mudança em F
3	,742	,550	,547	,472	,161	168,464	1	471	,000
Modelo				Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados		t	Sig.
				B	Erro típico	Beta			
3	Constante			3,112	,022			143,767	,000
	F1 Credibilidade do Hospital XPTO			,365	,022	,510		16,458	,000
	F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes			,293	,022	,412		13,318	,000
	F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas			,285	,022	,401		12,979	,000

Nota: a) *Predictors*: (Constant), F1 Credibilidade do Hospital XPTO, F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes, F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas; b) *Dependent Variable*: P3.2 - A Satisfação, em geral, obtida com os serviços do Hospital XPTO.

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Em relação à “*Imagem, em termos globais*” do Hospital XPTO, os resultados sugerem que o coeficiente de determinação ajustado do modelo de três variáveis predictoras é apenas de 46,9% (R² ajustado). Trata-se de um valor de certo modo fraco, mas que face à estrutura do inventário utilizado e o modelo reajustado, pode ser considerado aceitável com certas reservas para interpretar o comportamento das variáveis, na medida em que todas as variáveis introduzidas no modelo apresentam um adequado interesse preditivo, tal como comprova o valor de mudança significativa em F. À semelhança dos dois modelos anteriores, a variável com maior capacidade explicativa é a “*Credibilidade do Hospital XPTO*” por ter sido a primeira a ser introduzida no presente modelo. Tendo em consideração os resultados da terceira equação, conclui-se que a variação dos níveis de avaliação da “*Imagem, em termos globais*” do Hospital XPTO melhoram à medida em que aumentam as variáveis F1 Credibilidade do Hospital XPTO (beta=0,499), F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas (beta=0,430) e F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes (beta=0,261).

Em síntese, os resultados da regressão múltipla sugerem que os atributos do modelo reajustado de qualidade percebida dos serviços do Hospital XPTO influenciam de forma relativamente positiva os níveis de avaliação da qualidade, em termos globais, da satisfação e da imagem dos serviços. Assim sendo, não

é de rejeitar as diferentes equações explicativa dos níveis de avaliação da qualidade, em termos globais, da satisfação face aos serviços e da imagem, pelos doentes do Hospital XPTO e em função de 3 factores ou variáveis predictoras, que podem ser descritas no modo seguinte:

Equação de regressão múltipla da Qualidade em termos globais:

$$\text{Qualidade em termos globais do Hospital XPTO} = 3,090 + 0,523 \text{ Credibilidade do Hospital XPTO} + 0,419 \text{ Capacidade de resposta e disponibilidades específicas} + 0,412 \text{ Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes}$$

Equação de regressão múltipla da Satisfação em termos globais:

$$\text{Satisfação em termos globais do Hospital XPTO} = 3,122 + 0,510 \text{ Credibilidade do Hospital XPTO} + 0,412 \text{ Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes} + 0,401 \text{ Capacidade de resposta e disponibilidades específicas}$$

Equação de regressão múltipla da Imagem em termos gerais:

Imagem em termos gerais do Hospital XPTO = 3,165 + 0,499 Credibilidade do Hospital XPTO + 0,430 Capacidade de

resposta e disponibilidades específicas + 0,261 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes.

Quadro 8: Hospital XPTO - Imagem em termos gerais: Resultados da regressão múltipla

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro de estimativa standard	Estatística de mudança				
					Mudança no R ²	Mudança em F	df1	df2	Sig. da mudança em F
3	,688	,473	,469	,491	,068	60,826	1	473	,000
Modelo				Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados		t	Sig.
				B	Erro típico	Beta			
3	Constante			3,165	,023			140,660	,000
	F1 Credibilidade do Hospital XPTO			,344	,023	,499		14,905	,000
	F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas			,294	,023	,430		12,860	,000
	F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes			,176	,023	,261		7,799	,000

Nota: a) *Predictors*: (Constant), F1 Credibilidade do Hospital XPTO, F3 Capacidade de resposta e disponibilidades específicas, F2 Garantia da segurança e empatia na relação com os doentes; b) *Dependent Variable*: P3.3 - A Imagem, em geral, que os serviços do Hospital XPTO apresenta.

Fonte: Autor, Relatórios dos estudos das unidades de saúde do Alentejo.

Considerações Finais

Apesar da multiplicidade de abordagens existentes, parece ser consensual na literatura que a qualidade percebida resulta de uma construção da “conceção” avaliativa das características de um determinado serviço/organização, em particular, em função do grau de satisfação em que intervém um conjunto de variáveis de perceção e interação entre o ator e o sistema organizacional. Longe de poder considerar os doentes como meros compradores de serviços, a agregação das respostas recolhidas sobre a sua satisfação ou a sua desconfiança face aos cuidados prestados pode ser usada como um indicador de qualidade, dito no sentido de Setbon (2000).

Em Portugal, as demoras nos atendimentos bem como as dificuldades nas acessibilidades aos serviços de saúde têm vindo a ser o calcanhar de aquiles do sistema nacional de saúde. Há vários anos que, em termos gerais, os materiais empíricos apontam um crescente perfil de insatisfação dos utentes face aos tempos de espera nos serviços de saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, e um

ambiente de desmotivação dos profissionais no que concerne às condições de trabalho e a sua influência na qualidade da prestação de cuidados nesses serviços.

De acordo com os resultados dos estudos realizados, admitimos que, na opinião dos doentes, a qualidade percebida dos serviços do Hospital XPTO está essencialmente relacionada com um modelo “reduzido” de atributos específicos pertencentes a três grupos de dimensões (Credibilidade de natureza profissional e tecnológica do Hospital XPTO, Garantia da Segurança na relação com o doente, Capacidade de Resposta dos meios complementares de diagnóstico e outros, aspetos que influenciam não só a imagem, em geral do Hospital, mas sobretudo e a satisfação em geral face aos serviços prestados. Releva-se aqui a importância do (des)empenho dos profissionais para assegurar a eficiência do funcionamento organizacional. De salientar que os resultados ilustram que se teimam a persistir a problemática da demora nos atendimentos para além do aceitável, segundo os doentes inquiridos.

Assim sendo, independentemente da configuração dos cuidados prestados no Hospital XPTO (urgência, internamento e consulta externa), subjaz na opinião dos doentes que a qualidade em saúde comporta duas das premissas. Por um lado, a qualidade pode ser definida e organizada em torno das potencialidades das tecnologias médicas, e por outro lado, a qualidade é igualmente garantida pelas traduções operacionais dos padrões de prática dos profissionais de saúde para assegurar um serviço prestado seguro, ou seja, sem riscos, e sobretudo sem demora.

Este conjunto de resultados relevam ainda que, ao dar a voz aos doentes, apercebe-se que a abordagem da qualidade possibilita identificar certos erros nas dimensões organizacionais e na natureza técnica do atendimento, “institucionalizando” a importância da satisfação do doente face aos cuidados prestados, não como um mero resultado do tratamento recebido, mas sobretudo como algo dependente do contexto interativo da relação do doente com o profissional de saúde. Neste sentido, tendo em conta os dados longitudinais recolhidos na região Alentejo e os resultados do estudo da qualidade dos serviços do Hospital XPTO, colocamos em evidência uma certa construção técnica da qualidade em saúde, dito no sentido de Setbon (2000), ilustrando ainda que a legitimidade de um processo de qualidade para a melhoria dos cuidados prestados depende da capacidade da ação coletiva da organização para construir um sistema de padrões de atendimento aceitáveis e observáveis pelos utentes ou doentes.

Parafraseando Setbon (2000), colocamos assim em evidência que o desenvolvimento da qualidade em saúde no Hospital XPTO, à semelhança das demais unidades de saúde do Alentejo, deve basear-se na existência de um dispositivo capaz de ir além da singularidade irreduzível das interações individuais e das representações sobre o funcionamento de uma organização de serviços de saúde, ou seja, que permita não só fornecer informações confiáveis sobre as estruturas-procedimentos-resultados da trilogia da qualidade, mas fundamentalmente, que permita o desenvolvimento dos padrões de aceitabilidade de práticas adaptadas às estruturas e à especificidade das competências dos profissionais de saúde. Relevamos ainda

a importância da organização poder deter de um sistema de informação fiável para verificar o grau de conformidade das várias estruturas e procedimentos.

Como nota final, somos ainda a considerar que a abordagem da qualidade dos serviços de saúde não se inscreve numa linha do controle ou do exercício da autoridade administrativa, antes, porém, deve ser implementada com uma “forte” natureza pedagógica e orientada para a correção dos erros ou eventuais falhas na prestação de cuidados. Por outras palavras, falar de qualidade em saúde não se resume à mera identificação dos “erros, falhas ou defeitos”, nem se situa na caracterização das disputas de poder entre os atores envolvidos (Robelet, 2001), mas sim diz respeito à procura de respostas para a questão nuclear de “como fazer de forma correta”, naturalmente, sem colidir com a necessária autonomia dos profissionais na decisão clínica. Neste sentido, considerando que a prática dos profissionais de saúde é inseparável da qualidade esperada da “produção” individual e coletiva no contexto dos cuidados, torna-se igualmente necessário avaliar a contribuição direta e indiscutível do desempenho dos profissionais para o bem-estar coletivo (Setbon, 2000), recorrendo quer a medidas de autoavaliação da qualidade, quer a procedimentos de auditoria externa. Trata-se de um tema que voltaremos oportunamente a falar num próximo artigo.

Em síntese, para além de dar a voz aos doentes, importa igualmente dar voz aos profissionais de saúde, na medida em que ambos fazem igualmente parte da abordagem da qualidade em saúde. Atender às necessidades e expectativas destes atores, é igualmente um exercício de responsabilidade dos gestores das organizações de serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- Abrantes, A. (2016). Qualidade e os Técnicos de Radiologia. Uma abordagem sociológica. *Desenvolvimento e Sociedade*, 1, 171-183
- Almeida, R., Silva, C., Ribeiro, L., Abrantes, A., José, H. & Ribeiro, A. (2010). Qualidade em Radiologia: Análise da Percepção da Qualidade e Satisfação em Dois Serviços Distintos, Segundo os Utentes da Consulta Externa. *Acta Radiológica Portuguesa*, XXII (88), 21-29

- Andaleeb, S.S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52, 1359-1370
- Azevedo, K. (2015). *Evaluation of patient safety culture. Investigation-action in a radiology department*. Degree of Doctor of Philosophy (Medical Diagnosis Radiology) in the Cranfield School of Health, Cranfield University, UK
- Azevedo, K., Silva, C. & Abrantes, A. (2017). Assessing the hospital survey of patient safety culture. A review of the assumptions, methods and data analysis protocol. *Desenvolvimento e Sociedade*, 3, 7-31
- Babakus, E. & Mangold, W. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786
- Batalden, P.B. & Davidoff, F. (2007). What Is “Quality Improvement” and How Can It Transform Healthcare?. *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2-3
- Blunch, N. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. London: Sage
- Bowers, M., Swan, J. & Koehler, W. (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health care Delivery? *Health Care Management Review*, 19, 49-55
- Carvalho, M.T. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro
- Carvalho, M.T. & Santiago, R.A. (2008). (Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: *Ata do VI Congresso Português de Sociologia* (nº Série: 179)
- Castel, P. (2009). What’s Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science*, 39(5), 743-764
- Castel, P. (2010). Acting in anaesthesia, ethnographic encounters with patients, practitioners and medical technologies. *Sociologie du Travail*, 52(4), 561-562
- Castel, P. & Dalgalarrodo, S. (2005). La Dimension Politique de la Rationalisation des Pratiques Médicales. *Sciences Sociales et Santé*, 23(4), 5-40
- Castel, P. & Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, 337-355
- Cochoy, F., Garel, J.P., & de Terssac, G. (1998). Comment l'écrit traverse l'organisation : le cas des normes ISO 9000. *Revue Française de Sociologie*, 39, 4, 673-699
- Coote, A. (1993). Understanding quality. *Journal of Interprofessional Care*, 7(2), 141-150
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68
- De Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Rijk, P. & Dierckx, R. (2002). Patient’s and Personnel’s Perceptions of Service Quality and Patient Satisfaction in Nuclear Medicine. *European Journal of Nuclear Medicine*, 29, 1109-1117
- Domingues, I., (2003). *Gestão de qualidade nas organizações industriais: Procedimentos, práticas e paradoxos*. Oeiras: Celta Editora.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press
- Ferreira, P. & Seco, O. (1993). Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37, 159-171
- Ferreira, P.L. (1990). *Intemporal Stability of patient’s Quality Judgments*. Tese de Doutoramento. Wisconsin: Madison University
- Ferreira, P.L. & Marques, F.B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centro de Estudo de Investigação em Saúde
- Finn, A. & Kayande, U. (2004). Scale modification: alternative approaches and their consequences. *Journal of Retailing*, 80, 37-52
- Fotler, M.D., Dickson, D., Ford, R.C., Bradley, K., Johnson, L. (2006). Comparing hospital staff and patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and focus group data. *Health Services Management Research*, 19, 52-66
- Freitas, C. (2015). Participação em saúde. A vez e a voz dos cidadãos. In G. Carapinheiro, G. & T. Correia, *Novos temas de saúde, novas questões sociais* (pp. 187-194). Lisboa: Editora Mundos Sociais
- Giraldes, M.R. (2007). Avaliação da eficiência e da qualidade em centros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 31-50
- Gonnet, F., (1992). *L’hôpital en question(s): Un diagnostic pour les relations de travail*. Paris: Editions Larmar
- Gonzalez-Valentine, A., Padin-Lopez, S. & Romon-Garrido, E. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63-72
- Griffiths, L. (2003). Making connections: studies of the social organisation of healthcare. *Sociology of Health & Illness*, 25, 155-171
- Grönroos, C. (2000). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*. 10(3), 178-186

- Gupta, H. (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Providers Perspective. *Journal of Management Research*, 8, 18-29.
- Gurgel Junior, G. & Vieira, M. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (2), 325-334
- Hair Jr., J.F., Anderson, R., Tathain, R & Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis with Readings*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Innocenzo, M. et al. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1993). *The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO Editions
- Labarère, J., François, P. & Auquier, P. (2001). Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *International Journal of Quality of Health Care*, 13, 99-108
- Landrum, H., Prybutok, V., Zhang, X. (2007). A comparison of magal's service quality instrument with SERVPERF. *Information & Management*, 44(1) 104-113
- Lopes, A. (2005). *Qualidade dos Serviços de Saúde. Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio organizacional na Saúde. Universidade de Évora / Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Lopes, H. (2007). *Medição da percepção da qualidade de serviços. Estudo em ambiente de prestação de cuidados de saúde*. Tese de doutoramento em Gestão. Universidade de Évora
- Man, S. et al (2002). Patient's and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine*, 29, 1109-1117
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. São Paulo: Manole
- Mira, J.J. et al. (2008). Patient Perception of Hospital Safety. in J. Ovreteit & P. Sousa. *Quality and Safety Improvement Research: Methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública & MMC Karolinska Institutet
- Miranda, D. (2010). *Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio organizacional na Saúde. Universidade de Évora / Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Évora / Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Mostafa, M. (2005). An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(7), 516 – 532
- Nóbrega, S.D. et al. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Cascais: Principia
- Observatório Português dos Serviços de Saúde. (2001-19). Relatórios de Primavera 2001-2019 (diversos relatórios). Disponíveis em <http://www.opss.pt>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado da Saúde na UE*. Bruxelas: OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde
- Ovretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74-79
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985) A Conceptual Modelo f Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1988) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51
- Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27, 428-444.
- Revez, S. & Silva, C. (2010). Visão simbiótica de qualidade em saúde – busca contínua pela melhoria. *Revista TMQ - Técnicas, Metodologias and Quality*, N° Temático 1, 41-51
- Ribeiro, A. (2018). *Abordagem Multidimensional da Segurança do Doente nas Instituições de Saúde do Sector Público da Região do Algarve, Portugal* (Enfoque multidimensional de la seguridad del paciente en las instituciones de salud del sector público en la Región del Algarve – Portugal). Tese de doutoramento em Ciências da Saúde. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Escuela Internacional de Doctorado, Univ. Múrcia, España
- Robelet, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité: une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Santé*, 19(2), 73-98
- Rodrigues, S. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio organizacional na Saúde. Universidade de Évora / Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

- Segrestin, D. (1996). La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production. *Revue d'Économie Industrielle*, 75, 291-307
- Segrestin D. (1997). L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie. *Revue Française de Sociologie*, 38(3), 553-585
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective?. *Sociologie du travail*, 42, 51-68
- Silva, C. (2019). Saúde: Qualidade e Segurança do Doente nas malhas da Agenda 2030. In M.S. Baltazar, I. Ramos & S. Saúde (Coord), *Desenvolvimento, Direitos Humanos e Segurança*, (com a chancela do Ano Internacional do Entendimento Global | IYGU - International Year of Global Understanding), Lisboa: Edições Silabo (no prelo)
- Silva, C. et al. (2006-2011). Relatórios de Investigação sobre Qualidade percebida e satisfação dos utentes e profissionais das unidades de saúde da região Alentejo. Universidade de Évora (5 documentos não publicados)
- Silva, C. & Miranda, D. (2014). Atributos da qualidade percebida. O caso dos serviços de imagiologia dum grupo de saúde do setor privado da Região de Lisboa. *Revista TMQ - Techniques, Methodologies and Quality* - Temático 2, 163-180
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45, 1829-1843
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública
- Vinagre, H. & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 83 - 103
- World Health Organization (WHO) (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO) (2008). *World Alliance For Patient Safety. Research for patient safety: Better knowledge for safer care*. Geneva: WHO

Notas:

- [1] O presente artigo é uma síntese dos relatórios de investigação coordenados pelo autor no âmbito dos estudos sobre as unidades de saúde do Alentejo. Uma palavra de agradecimento à Administração Regional de Saúde do Alentejo e suas instituições que permitiram realizar os estudos, bem como, aos utentes/doentes e profissionais de saúde que se dignaram em responder aos questionários e entrevistas.
- [2] Agradeço a todos os colegas, investigadores e estudantes que ao longo de vários anos colaboraram comigo no desenvolvimento dos modelos HQual1 (2006-2008), HQual2 (2009-2011) e outros instrumentos (HRad1, PSaf1), no âmbito dos estudos das organizações de saúde na Região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Uma palavra de agradecimento especial a Rui Almeida, António Abrantes, Domingos Braga, José Saragoça, Tânia Silva, Inês Massapina, Afonso Cabral, Ana Rosalina Fernandes, Marta Silva, Mafalda Fortuna, Raquel Costa, Susete Rodrigues, Dulce Miranda, Natércia Silva, Kevin Azevedo.