

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

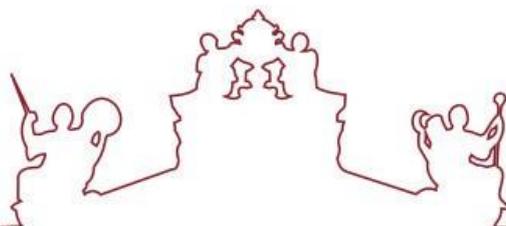
A qualidade e o desempenho nos cuidados de saúde primários
do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

Carmen Sofia Pardelha Alfaiate

Orientador(es) | Margarida Saraiva

Évora 2020





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Área de especialização | Recursos Humanos

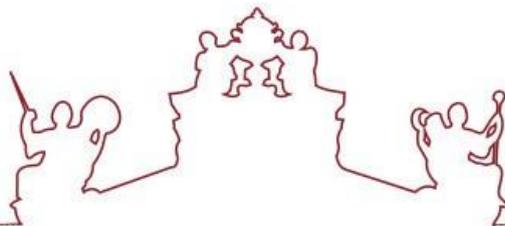
Dissertação

A qualidade e o desempenho nos cuidados de saúde primários
do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

Carmen Sofia Pardelha Alfaiate

Orientador(es) | Margarida Saraiva

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Maria de Fátima Oliveira (Universidade de Évora)

Vogais | Margarida de Matos Rodrigues e Silva Eiras (Instituto Politécnico de Lisboa) (Arguente)

Margarida Saraiva (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2020



Dedicatória

“Though know much about assessing quality, much remains to be we known”.

(Donabedian, 1988, p. 1743)

Resumo

A qualidade em saúde é cada vez mais uma prioridade estratégica para o Serviço Nacional de Saúde. O desempenho organizacional é um indicador que mede quão bem uma organização realiza os seus objetivos, sendo as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários monitorizadas através do Índice de Desempenho Global (IDG).

Pelo que, pretende-se com este estudo analisar a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central e o nível de desempenho das respetivas unidades.

Como instrumento de avaliação usou-se o Questionário de Auto Perceção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários, que permitiu avaliar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde e o IDG, que monitoriza e avalia a contratualização interna, de cada unidade funcional, através dos registos eletrónicos.

Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, dos diferentes tipos de Unidades Funcionais e, globalmente, todas as dimensões apresentam correlações estatisticamente significativas com o IDG.

Palavras-chave: qualidade; desempenho; saúde; cuidados de saúde primários

Abstract

The quality and performance in primary health care of the Alentejo Central Health Centers Grouping

Quality in health care is increasingly becoming a strategic priority for the National Health System. The organizational performance is an indicator that measures how well an organization accomplishes its goals, and the functional units of primary health care monitored by the Global Performance Index (GPI).

Therefore, the aim of this study is to analyze the relationship between the perception of the quality of health professionals, of different functional units, the Health Centers Grouping Alentejo Central and the performance level of the respective units.

As an evaluation tool used to the Quality Auto Perception Questionnaire to Primary Health Care, that allowed evaluate the perception of the quality of health care professionals and the GPI, which monitors and evaluates the internal contracting of each functional unit, through the electronic registers.

It was concluded that there are no statistically significant differences between perception of quality, of different types of functional units and, generally, all dimensions, have statistically significant correlations with the GPI.

Keyword: quality; performance; health; primary health care

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado é uma longa viagem, que só é possível realizar com as indicações e orientações certas, para nunca perdermos o rumo da viagem. Como todas as viagens, ter companhia torna-as mais interessantes, desafiantes e, acima de tudo, ajuda a combater as adversidades que vão surgindo ao longo do caminho.

Assim, em primeiro lugar, devo um agradecimento enorme à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Saraiva, que sem ela, teria sido impossível sequer planejar a viagem, quando mais concretizá-la e terminá-la. Muito obrigada.

De seguida, um agradecimento especial, com significado de força, aos meus dois companheiros de viagem, Luís Pedro Gomes e Ana Rita Correia. Durante dois anos e meio, trilhámos uma viagem interessante, estabelecendo uma excelente tríade de trabalho, dedicação, motivação e, acima de tudo, de amizade e companheirismo. Quem sabe que mais viagens o futuro nos reserva.

A meio do caminho recorri a uma grande amiga, Eleonora Paixão, que me ajudou a ultrapassar, com grande sucesso e excelência, uma das adversidades da dissertação. Mais do que agradecida por todo o empenho, motivação e explicações, durante todo o caminho, que só foram possíveis devido à tua amizade, sabedoria e ética profissional.

Por fim, mas não menos importantes, até porque estiveram presentes nestas viagens e em todas as outras que já fiz, e que irei fazer, certamente, à minha família nuclear e ao Jorge. Muito obrigada por me ajudarem, essencialmente na motivação, dedicação, apoio incondicional e por ouvirem todos os meus desabafos, bons e menos bons, que esta viagem me trouxe.

Obrigada a todas as pessoas que se cruzaram comigo, ao longo desta viagem, e que contribuíram para a sua realização.

ÍNDICE

Índice de Anexos	9
Índice de Apêndices.....	10
Índice de Figuras	11
Índice de Gráficos.....	12
Índice de Tabelas	13
Listagem de Abreviaturas ou Siglas	16
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha	17
1.2. Formulação do Problema e dos Objetivos	20
1.3. Metodologia	21
1.4. Estrutura do Trabalho	21
2. QUALIDADE EM SAÚDE.....	23
2.1 Qualidade no Serviço Nacional de Saúde.....	24
2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde.....	27
2.3 Qualidade em Saúde para Melhoria Organizacional	32
3. DESEMPENHO EM SAÚDE.....	37

3.1.	Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários.....	38
3.2.	Dimensões do Desempenho em Saúde	42
3.3.	Desempenho para Melhoria Organizacional.....	45
4.	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	49
4.1.	Objetivos do Estudo.....	49
4.2.	Abordagem de Investigação.....	49
4.3.	Variáveis do Estudo	50
4.4.	Amostra.....	51
4.3.	Metodologia de Proteção de Dados	51
4.4.	Recolha de Dados	53
4.4.1.	Instrumentos	54
4.4.2.	Análise Estatística	58
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
5.1.	Caracterização da Amostra	61
5.3.	Análise Estatística.....	77
5.4.	Discussão dos Resultados	88
6.	CONCLUSÕES.....	95
6.1.	Considerações Gerais.....	95

6.2. Limitações do Estudo.....	97
6.3. Propostas de Investigação Futuras	98
BIBLIOGRAFIA	99
ANEXOS	I
APÊNDICES	LIII

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Resultados descritivos dos Blocos do QAP ₄ CSP por Unidade Funcional.....	.....II
ANEXO II – Resultados descritivos dos Blocos do QAP ₄ CSP por Grupo Profissional.....	.....V
ANEXO III – Teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Unidade Funcional.....	.....VIII
ANEXO IV – Teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Grupo Profissional.....	.....XV
ANEXO V – Correlação de Spearman do QAP ₄ CSP.....	.....XXII
ANEXO VI – Correlação de Spearman dos Blocos QAP ₄ CSP.....	.....XXXVII
ANEXO VII – Teste de Alpha de Cronbach global e por Unidade Funcional.....	.....XLVII
ANEXO VIII – Kaiser Meyer Olkin (KMO).....	.....XLIX
ANEXO IX – <i>Scree Plot</i> - Análise Fatorial.....	.....L
ANEXO X – Método Varimax - Análise Fatorial.....	.....LI

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento informado, livre e esclarecido .....	.....LIV
APÊNDICE II - QAP ₄ CSP .....	.....LVI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões do Programa Nacional de Acreditação para as Unidades de Saúde	26
Figura 2- Tríade de Donabedian	28
Figura 3 - Dimensões da qualidade em saúde.....	29
Figura 4 - Etapas para implementar um projeto de melhoria de qualidade nos CSP	31
Figura 5 - Evidência da qualidade e evidência da poupança	34
Figura 6 - Pentágono Virtuoso da Qualidade.....	36
Figura 7 - Ingredientes essenciais da governação clínica em Medicina Geral e Familiar.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do IDG das UCSP, USF-A e USF-B (2017 e 2018).....	41
Gráfico 2 - Desempenho da produção e da qualidade dos serviços de saúde europeus.....	42
Gráfico 3 - Relação entre a Qualidade Hospitalar e as Práticas de Gestão.....	43
Gráfico 4 - Bloco 1: Condições por Unidade Funcional.....	II
Gráfico 5 - Bloco 2: Recursos por Unidade Funcional.....	II
Gráfico 6 - Bloco 3: Serviço por Unidade Funcional.....	III
Gráfico 7 – Bloco 4: Foco nos colaboradores por Unidade Funcional.....	III
Gráfico 8 - Bloco 5: Resultados Alcançados por Unidade Funcional.....	IV
Gráfico 9 - Bloco 1: Condições por Grupo Profissional.....	V
Gráfico 10 - Bloco 2: Recursos por Grupo Profissional.....	V
Gráfico 11 - Bloco 3: Serviço por Grupo Profissional.....	VI
Gráfico 12 - Bloco 4: Foco nos colaboradores por Grupo Profissional.....	VI
Gráfico 13 - Bloco 5: Resultados Alcançados por Grupo Profissional.....	VII
Gráfico 14- Teste ANOVA por Unidade Funcional, Bloco 1: Condições.....	VIII
Gráfico 15 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 2: Recursos.....	X
Gráfico 16 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 3: Serviço.....	XI
Gráfico 17 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 4: Foco nos Colaboradores.....	XII
Gráfico 18 - Teste ANOVA por Unidade Funcional, Bloco 5: Resultados Alcançados.....	XIII
Gráfico 19 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 1: Condições.....	XV
Gráfico 20 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 2: Recursos.....	XVI
Gráfico 21 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 3: Serviço.....	XVII
Gráfico 22 - Teste Kruskal-Wallis por Grupo Profissional, Bloco 4: Foco nos Colaboradores.....	XIX
Gráfico 23 - Teste Kruskal-Wallis por Grupo Profissional, Bloco 5: Resultados Alcançados.....	XX
Gráfico 24 - Número de Componentes da Análise Fatorial.....	L

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população e amostra por grupo profissional do ACeS AC.....	61
Tabela 2 - Caracterização da população e da amostra por UF do ACeS AC.....	62
Tabela 3 - Distribuição do nr.º de profissionais por UF da ACeS AC	63
Tabela 4 - Frequências do QAP ₄ CSP.....	64
Tabela 5 – Frequências das UCC do QAP ₄ CSP	66
Tabela 6 – Frequências das UCSP do QAP ₄ CSP.....	68
Tabela 7 - Frequências das USF - A do QAP ₄ CSP.....	70
Tabela 8 - Frequências das USF - B do QAP ₄ CSP.....	72
Tabela 9 - Resultados descritivos dos Blocos do QAP ₄ CSP por Unidade Funcional	74
Tabela 10 - Resultados descritivos dos Blocos do QAP ₄ CSP por Grupo Profissional	76
Tabela 11 - Resultados da ANOVA e Kruskal-Wallis por Unidade Funcional.....	78
Tabela 12 - Resultados da ANOVA e Kruskal-Wallis por Grupo Profissional.....	79
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP ₄ CSP e IDG nas UCC	81
Tabela 14 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP ₄ CSP e IDG nas UCSP	82
Tabela 15 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP ₄ CSP e o IDG nas USF-A	82
Tabela 16 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP ₄ CSP e IDG.....	83
Tabela 17 - Teste Alpha de Cronbach para o total dos respondentes	84
Tabela 18 - Teste Alpha de Cronbach das Unidades Funcionais.....	84
Tabela 19 - Método de Extração dos Fatores.....	85
Tabela 20 - Método Varimax	86
Tabela 21 - Tabela resumo da análise estatística do estudo.....	87
Tabela 22 - Resultados da Percepção da Qualidade QAP ₄ CSP.....	89
Tabela 23 - Dimensões do QAP ₄ CSP correlacionadas com o IDG	92
Tabela 24 - Teste de Normalidade do Bloco 1 por Unidade Funcional.....	VIII
Tabela 25 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 1 por Unidade Funcional	VIII
Tabela 26 - Teste ANOVA do Bloco 1 por Unidade Funcional.....	VIII

Tabela 27 - Teste de Normalidade do Bloco 2 por Unidade Funcional.....	IX
Tabela 28 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 2 por Unidade Funcional	IX
Tabela 29 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 2 por Unidade Funcional.....	IX
Tabela 30 - Teste de Normalidade do Bloco 3 por Unidade Funcional.....	X
Tabela 31 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 3 por Unidade Funcional	X
Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 3 por Unidade Funcional.....	X
Tabela 33 - Teste de Normalidade do Bloco 4 por Unidade Funcional.....	XI
Tabela 34 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 4 por Unidade Funcional	XII
Tabela 35 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 4 por Unidade Funcional.....	XII
Tabela 36 - Teste de Normalidade do Bloco 5 por Unidade Funcional.....	XIII
Tabela 37 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 5 por Unidade Funcional	XIII
Tabela 38 - Teste ANOVA do Bloco 5 por Unidade Funcional.....	XIII
Tabela 39 - Teste de Normalidade do Bloco 1 por Grupo Profissional.....	XIV
Tabela 40 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 1 por Grupo Profissional.....	XIV
Tabela 41 - Teste ANOVA do Bloco 1 por Grupo Profissional.....	XIV
Tabela 42 - Teste de Normalidade do Bloco 2 por Grupo Profissional.....	XV
Tabela 43 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 2 por Grupo Profissional.....	XV
Tabela 44 - Teste ANOVA do Bloco 2 por Grupo Profissional.....	XVI
Tabela 45 - Teste de Normalidade do Bloco 3 por Grupo Profissional.....	XVI
Tabela 46 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 3 por Grupo Profissional.....	XVII
Tabela 47 - Teste ANOVA do Bloco 3 por Grupo Profissional.....	XVII
Tabela 48 - Teste de Normalidade do Bloco 4 por Grupo Profissional.....	XVII
Tabela 49 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 4 por Grupo Profissional.....	XVIII
Tabela 50 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 4 por Grupo Profissional.....	XVIII
Tabela 51 - Teste de Normalidade do Bloco 5 por Grupo Profissional.....	XIX

Tabela 52 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 5 por Grupo Profissional.....	XIX
Tabela 53 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 5 por Grupo Profissional	XX
Tabela 66 - Correlação de Spearman UCC.....	XXII
Tabela 67 - Correlação de Spearman UCSP	XXV
Tabela 68 - Correlação de Spearman USF - A.....	XXVIII
Tabela 69 - Correlação de Spearman USF - B.....	XXXI
Tabela 70 - Correlação de Spearman Global	XXXIV
Tabela 54 - Correlação de Spearman Global por Blocos do QAP ₄ CSP	XXXVII
Tabela 55 - Correlação de Spearman UCC por Blocos do QAP ₄ CSP.....	XXXIX
Tabela 56 - Correlação de Spearman UCSP por Blocos do QAP ₄ CSP.....	XLI
Tabela 57 - Correlação de Spearman USF-A por Blocos do QAP ₄ CSP.....	XLIII
Tabela 58 - Correlação de Spearman USF-B por Blocos do QAP ₄ CSP.....	XLV
Tabela 59 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 1: Condições)	XLVII
Tabela 60 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 2: Recursos).....	XLVII
Tabela 61 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 3: Serviços).....	XLVII
Tabela 62 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 4: Foco nos colaboradores)	XLVIII
Tabela 63 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 5: Resultados Alcançados)	XLVIII
Tabela 64 - Kaiser Meyer Olkin (KMO) e Teste de Barlett	XLIX
Tabela 65 - Método Varimax (Análise Fatorial).....	LI

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- ACeS Alentejo Central – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade
- ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DL – Decreto-lei
- IDG – Índice de Desempenho Global
- MBNQA - Malcolm Baldrige National Quality Award
- MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários
- OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*
- QAP₄CSP - Questionário de Auto Perceção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- TS – Técnico Superior
- TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- TSS – Técnico Superior de Saúde
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UF – Unidade Funcional
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- WHO - *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2010), os portugueses parecem menos satisfeitos com a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, comparativamente aos cidadãos dos outros 15 países da União Europeia.

Para tal, a WHO (2010) apresentou algumas recomendações-chave nomeadamente, “aumentar o valor dos investimentos em saúde, priorizando os gastos nos cuidados de saúde primários e no Serviço Nacional de Saúde e aperfeiçoando a eficiência da prestação de serviços”, bem como “desenvolver abordagens mais coerentes para a descentralização dos serviços de saúde - descentralizar ainda mais a autoridade de tomada de decisão, incluindo autonomia financeira, em conjunto com os coordenadores e gestão de desempenho” (p. 10).

A prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP), em Portugal, sofreu uma profunda reforma nos últimos anos, iniciada em 2005¹. A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)² veio permitir a otimização e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantido a qualidade dos cuidados prestados num sistema de melhoria contínua.

Em Portugal, a reforma dos CSP, impulsionada em 2006, teve como objetivo principal reforçar os CSP, ao “melhorar o acesso, aumentar a satisfação dos utentes, bem como dos profissionais de saúde, melhorar a qualidade na prestação de cuidados e a continuidade dos cuidados”, ou seja, obter maiores ganhos de saúde para a população e, por fim, melhorar o desempenho e a eficiência do SNS (OECD, 2015, p. 14).

A MCSP implementou tendências inovadoras em termos de organização e de remuneração. “Esta reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)” (Miguel & Sá, 2010, p. 5).

Segundo o mesmo autor, os ACeS incluem os departamentos de gestão e decisão e todas as unidades funcionais: 1) USF; 2) Unidades de Cuidados de Saúde

¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/ 2005 de 12 de outubro

² Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto

Personalizados (UCSP), 3) Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 4) Unidades de Saúde Pública (USP), e 5) Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Os ACeS são “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas administrações regionais de saúde, mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais, e tendo a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica” (Biscaia & Heleno, 2017, p. 704).

A criação dos ACeS veio de encontro às recomendações da WHO (2010, p. 14) para “melhorar o papel das autoridades regionais de saúde”, com o objetivo de atingir “mais ganhos de eficiência e produtividade a nível local”, através de um melhor planeamento, de acordo com as necessidades das populações atendidas. Sendo que equilibrar ganhos e eficiência, na qualidade e segurança, é o planeamento ideal.

As USF são equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional. Dividem-se em dois modelos, Modelo A e Modelo B (Biscaia & Heleno, 2017).

Para estes autores, a USF Modelo A “corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar (médicos, enfermeiros e secretários clínicos); com regras e remunerações definidas pela Administração Pública” (p. 705). E a USF Modelo B é “para equipas com maior amadurecimento organizacional, que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente”, com incentivos financeiros para médicos, enfermeiros e secretários clínicos (p. 706). Por outro lado a UCSP é o nível de organização anterior, “quando os profissionais não se encontram dispostos ou não se possam organizar em USF”, caracterizado por um modelo verticalmente hierarquizado e menos autónomo (p. 706).

A definição de desempenho das USF e UCSP tem como “orientação primordial a centralidade na pessoa, sendo o foco a gestão dos percursos integrados na saúde, a definição do que deve acontecer, o resultado esperado, a variação aceitável e a sua monitorização” (ACSS, 2018, p. 15).

Em 2018, no Relatório Primavera, “é reforçada a preocupação das desigualdades no acesso aos CSP, pela perpetuação da prestação de cuidados de saúde em “dois níveis”, ou seja, nas USF e UCSP, com as USF a terem consistentemente melhores resultados nos indicadores de desempenho em comparação com as UCSP” (OPSS, 2018, citado por Pestana, Dimitrovová, Charondière, Broeiro & Cardoso, 2019, p. 37).

As UCC têm como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantido a continuidade e qualidade dos cuidados prestados” (ACSS, 2018, p. 17).

Segundo o mesmo autor, existem três tipos de unidades funcionais descritos definem o seu processo de contratualização através de uma matriz multidimensional, com 5 áreas: 1) desempenho; 2) serviços; 3) qualidade organizacional; 4) formação profissional; e 5) atividade científica. As dimensões avaliadas em cada área diferem das USF e UCSP para as UCC, por terem missões e focos de intervenção diferentes.

A qualidade em saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde e, como tal, é necessário que existam mecanismos exigentes e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e verificar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível (Pisco & Biscaia, 2001, p. 43-44).

O tema qualidade é tão atual que é um dos pilares do “Programa XXI Governo Constitucional para a Saúde”, designado “melhorar a qualidade dos cuidados de saúde”, que pretende reforçar políticas e programas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (SNS, 2016). A qualidade é uma garantia de sustentabilidade do SNS e do sistema de saúde Português (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

A qualidade dos cuidados deve ser quantificada, como tal existe um processo de contratualização interna, com todas as Unidades Funcionais dos CSP, sendo a monitorização e avaliação operacionalizadas através de um Índice de Desempenho Global (IDG). Apenas as unidades funcionais USF, UCSP e UCC têm suporte de registo eletrónico suficiente e métricas nos indicadores, por este motivo, apenas estas unidades funcionais serão consideradas no estudo, excluindo as USP e URAP (ACSS, 2018).

De salientar que a contratualização interna, segundo a mesma referência bibliográfica, baseia-se “num conjunto de valores essenciais para o sucesso do processo, nomeadamente: compromisso, transparência, rigor, envolvimento positivo de todos os intervenientes, proximidade, racionalidade, liderança e bom senso, tendo como objetivo final a melhoria da saúde dos cidadãos” (p.15).

A qualidade não está presente apenas na prestação de serviço, mas cada vez mais é uma interface da organização com os seus clientes (APQ, 2018).

As conclusões do estudo serão uma mais-valia para a instituição ARS Alentejo e, mais especificamente, para o ACeS Alentejo Central, que gere todas as unidades, tendo em vista a melhoria contínua de todas as unidades funcionais.

Para a elaboração deste estudo surgem como principais motivações a atividade profissional como Terapeuta da Fala, numa Unidade Funcional, do ACeS Alentejo Central, bem como gosto e interesse pela temática de qualidade em saúde.

O tema selecionado é uma prioridade para o Serviço Nacional de Saúde, tendo sido criada uma nova Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, de forma a dar continuidade e solucionar alguns constrangimentos identificados à primeira Estratégia, que se iniciou em 2009 até 2014.

1.2. Formulação do Problema e dos Objetivos

Face ao exposto é possível verificar que qualidade e desempenho são temas atuais e uma prioridade estratégica para o SNS. No entanto, segundo WHO (2010), apesar de existirem melhorias recentes, existem algumas preocupações sobre a segurança, adequação e qualidade dos cuidados de saúde. Pelo que, surge a seguinte questão de investigação:

- Qual é a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do ACeS Alentejo Central, e o nível de desempenho das respetivas unidades?

Neste sentido, objetivo geral deste estudo:

- Analisar a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do ACeS Alentejo Central, e o nível de desempenho das respetivas unidades.

Definido o objetivo geral do estudo, apresentam-se os seguintes 2 objetivos específicos:

- Analisar se a perceção da qualidade dos profissionais de saúde varia entre os diferentes tipos de unidades funcionais.

- Comparar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades funcionais com o nível de desempenho das respetivas unidades.

1.3. Metodologia

A presente dissertação estabeleceu como ponto de partida o enquadramento teórico de alguns conceitos mais pertinentes para a compreensão da temática geral: a organização dos cuidados de saúde primários, qualidade em saúde e desempenho em saúde.

O estudo realizado baseia-se numa abordagem quantitativa. O tipo de estudo utilizado é descritivo e exploratório, e relativamente ao horizonte temporal interseccional, em que apresenta duas variáveis independentes, uma do tipo nominal e outra do tipo numérico, respetivamente, Unidades Funcionais do ACeS Alentejo Central e Índice de Desempenho Global (IDG).

A população em estudo é de 324 profissionais de saúde, distribuída por um total de 34 Unidades Funcionais, do ACeS Alentejo Central.

Os instrumentos de avaliação utilizados serão o Questionário de Auto Perceção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários (QAP₄CSP), que avalia a perceção da qualidade dos profissionais de saúde e o IDG, que permite monitorizar e avaliar a contratualização interna, de cada unidade funcional, pois traduz os procedimentos e resultados, através dos registos eletrónicos e as métricas definidas para cada indicador, em resultados quantitativos de 0 a 100.

O tipo de análise será primeiramente descritivo, posteriormente verifica-se a confiabilidade interna do estudo, através do Teste de Alfa de Cronbach e, em seguida, uma análise fatorial.

1.4. Estrutura do Trabalho

Este trabalho é composto em 6 capítulos. O primeiro capítulo introduz o tema a tratar, bem como a pertinência do mesmo e, com base nisso, é formulada uma questão de investigação e o objetivo geral e os objetivos específicos, que respondem à questão, e ainda, qual a metodologia utilizada no estudo.

O tema qualidade em saúde é abordado no capítulo 2, com ênfase na qualidade do serviço nacional de saúde, e ainda as dimensões da qualidade em saúde, bem como a influência da qualidade em saúde para a melhoria organizacional.

O terceiro capítulo aborda o desempenho em saúde, outro conceito do estudo, salientado o desempenho nos cuidados de saúde primários, onde o estudo é realizado, e

ainda as dimensões do desempenho em saúde, e como este contribui para a melhoria organizacional.

A metodologia de investigação é caracterizada no quarto capítulo, apresentando os objetivos do estudo, bem como a abordagem de investigação utilizada, as variáveis e a amostra, em estudo. Esta parte caracteriza ainda a metodologia de proteção de dados utilizada, tendo em consideração o solicitado pela Comissão de Ética para a Saúde, da Administração Regional de Saúde do Alentejo. Por fim, neste capítulo, descreve-se quais os instrumentos de avaliação utilizados na recolha de dados, bem como a análise estatística efetuada.

O quinto capítulo aborda a análise e discussão dos resultados do estudo, iniciando-se pela caracterização da amostra, de seguida é apresentada a análise estatística do estudo, e a discussão dos resultados obtidos.

Por fim, o último capítulo apresenta as principais conclusões obtidas neste estudo, bem como as limitações do mesmo, e propostas de investigação futuras.

2. QUALIDADE EM SAÚDE

Na saúde, não existe uma definição universalmente utilizada, no entanto, todas as definições baseiam-se em grandes teorias sugeridas por Crosby (1979), Deming (1986) e Juran e Gryna (1988).

Segundo WHO (2019), a definição de qualidade em saúde é a prestação de serviços de saúde a indivíduos ou grupos de utentes, que se reflete em resultados de saúde desejados.

O Instituto de Medicina Americano (1990, citado por Institute of Medicine, 2001) define qualidade em saúde como os cuidados de saúde prestados ao indivíduo ou população, melhores do que os desejados e que acompanham o conhecimento científico atual.

Em Portugal, segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, qualidade em saúde é

“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico - financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português” (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, p. 13551).

Segundo Pisco e Biscaia (2001), a qualidade em saúde tem características diferentes de outros sectores, uma vez que pretende satisfazer e diminuir as necessidades, em vez de responder à procura. É ainda pró-ativa para prevenir e dar resposta, e não para procura de novas oportunidades de mercado. Por fim, é detentora de atributos como a efetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

A qualidade dos serviços de saúde é definida como a prestação de cuidados que excede as expectativas do utente e alcança os resultados clínicos mais elevados possíveis, com os recursos disponíveis (Øvretveit, 1992, citado por Øvretveit, 2009).

Genericamente define-se melhoria como “qualquer mudança que resulte num serviço de saúde melhor, nomeadamente, sendo melhor para os utentes, como por exemplo, tempos de espera reduzidos, devido a aumento de recursos humanos. No entanto, se são utilizados métodos, para esta melhoria, designa-se de método de melhoria da qualidade” (p. xvii).

Segundo o mesmo autor, a melhoria da qualidade relaciona-se com a participação dos profissionais de saúde, em projetos de equipa, para realizar mudanças organizacionais. Esta melhoria da qualidade pode reduzir o desperdício, aumentar a produtividade e o crescimento da qualidade.

Nos últimos anos, têm sido criadas muitas medidas políticas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados, como a criação de normas, uso de cláusulas contratuais, que especificam a qualidade dos cuidados e a aplicação de incentivos financeiros, para estimular os profissionais a cumprirem as metas (Ling, *et al.*, 2012).

2.1 Qualidade no Serviço Nacional de Saúde

Cuidados de Saúde Primários “acessíveis, adequados e de qualidade, são um dos componentes essenciais para um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente” (Starfield, Shi, Macinko, 2005, citados por Pestana, *et al.*, 2019, p. 36).

O foco principal no sector da saúde é fornecer serviços de qualidade e segurança, que satisfaçam as necessidades dos utentes. Melhorar a qualidade do serviço pode aumentar a adesão ao tratamento clínico e melhorar a utilização adequada dos cuidados de saúde (Mitropoulos, 2019).

O desenvolvimento da qualidade na saúde, em Portugal, têm sido muito oscilante, contudo em sentido sempre progressivo e com um claro impulso positivo nos últimos anos. Desde os fins da década de 80 e com um crescente nos finais de 1990, as Administrações Regionais de Saúde começaram a promover ações de formação na área da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001).

Sendo a qualidade uma prioridade estratégica e um eixo de intervenção do Governo, em 2009, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014³. Tendo em consideração os resultados alcançados, durante estes cinco anos de implementação, bem como a necessidade de adequar ações propostas, definiu-se a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, como uma estratégia global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores de responsabilidade e transparência (Despacho n.º 5613/ 2015, de 27 de maio).

Durante a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, verificaram-se alguns constrangimentos, nomeadamente garantir que todos os

³ Aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009

serviços prestadores de cuidados de saúde adotassem políticas definidas a nível nacional para a qualidade, de forma estruturada, com continuidade e sustentabilidade, e ainda que “a gestão da qualidade dos serviços de saúde decorreu, em alguns casos, de forma espontânea e pouco coerente, verificando-se que existem algumas instituições prestadoras de cuidados que têm decidido o que querem e como querem, em termos da qualidade na saúde” (Despacho n.º 5613/20015, de 27 de maio, p. 13551).

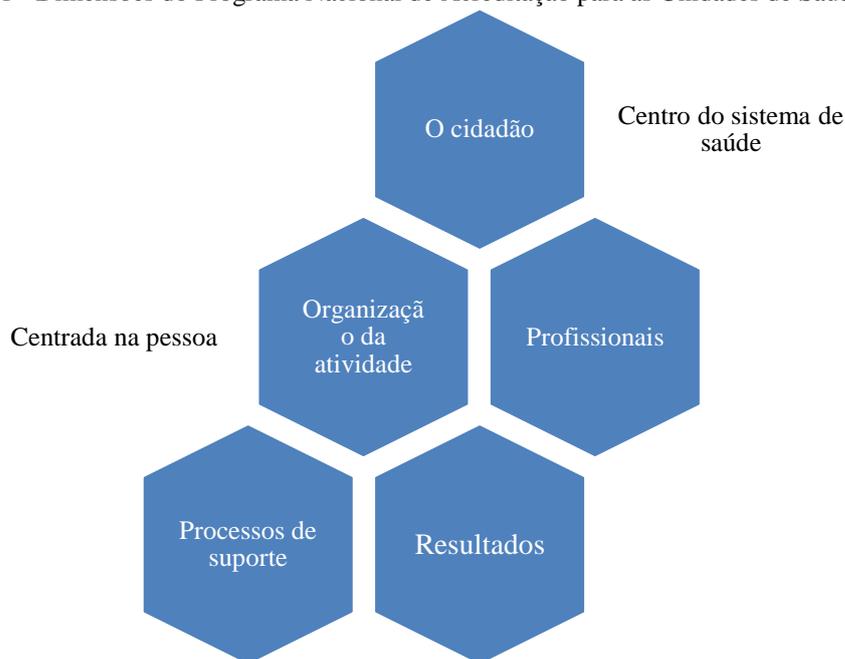
Atualmente, na lógica da melhoria contínua, ainda é necessário aumentar a responsabilização pela qualidade em todas as áreas do sistema e aumentar o comprometimento dos profissionais e das lideranças (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Em 2014, o Ministério da Saúde decidiu manter a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde entre 2015-2020, com o principal objetivo de valorizar a criação de condições, no SNS, que proporcionem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação. Algumas das prioridades da Estratégia são: a) focar nas instituições, nas intervenções locais, nos serviços e nas unidades prestadoras; b) melhorar a qualidade clínica e organizacional; c) aumentar a adesão a normas de orientação clínica; e d) reconhecer a qualidade das unidades de saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

A Direção Geral da Saúde (DGS) criou o Departamento da Qualidade na Saúde, para assumir o papel de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. O principal objetivo consiste no dever de implementar Programa Nacional de Acreditação em Saúde, tendo em consideração as características do SNS (DGS, 2014a).

O atual Programa Nacional de Acreditação para as unidades de saúde baseia-se no modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (Modelo ACSA *INTERNATIONAL*). Independentemente do tipo de unidades de saúde, o Programa Nacional de Acreditação para as Unidades de Saúde, baseia-se em 5 áreas, apresentadas na figura 1.

Figura 1 - Dimensões do Programa Nacional de Acreditação para as Unidades de Saúde



Fonte: Adaptado de DGS (2014a)

A aplicação do Programa de Acreditação inicia-se com uma autoavaliação, aos gestores organizacionais – responsáveis da instituição – e gestores clínicos e restantes profissionais de saúde, com o objetivo dos diferentes grupos identificarem em que estadio se inserem em cada área supramencionada (DGS, 2014a).

Segundo os mesmos autores, concluído o processo de autoavaliação, formulam-se planos de ação, com as áreas de melhoria a serem desenvolvidas. Por fim, realiza-se uma avaliação externa, por avaliadores certificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, através de observação e recolha de evidências, através de provas documentais, observação direta e entrevistas a profissionais e utentes. De acordo com os *standards* das áreas avaliadas, assim se determina o nível de certificação.

Os mesmos autores referem que as unidades de saúde que se submetam ao processo de acreditação terão acompanhamento, durante os 5 anos de duração da acreditação, através de uma plataforma informática. Após a acreditação da unidade, existirão avaliações externas obrigatórias, aos 2 e 4 anos.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde reforça a necessidade de aumentar a acreditação das unidades prestadoras de cuidados de saúde e a continuidade no investimento na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio). No entanto, o processo de acreditação não é

de carácter obrigatório, são as unidades de saúde que o solicitam, se assim o entenderem.

Segundo os dados disponibilizados pela Administração Pública, em janeiro de 2020, apenas uma unidade funcional, das 34 existentes, do ACeS Alentejo Central aderiu ao Programa Nacional de Acreditação e está atualmente certificada (SNS – Portal da Transparência, 2020).

Os objetivos do Programa Nacional de Acreditação são: 1) garantir o direito dos cidadãos, tendo em consideração a segurança clínica e não clínica, através de uma gestão eficaz; 2) manter profissionais motivados; 3) promover a disseminação do conhecimento; 4) desenvolver os mecanismos de reconhecimento da competência; e 5) demonstrar a capacidade de produzir resultados efetivos (DGS, 2014a).

De referir ainda que aumentar e melhorar a qualidade e segurança no sistema de saúde implicam um maior esforço de governação dos decisores e maior envolvimento dos profissionais de saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Cunha (2014) investigou o impacto do Programa Nacional de Acreditação em Saúde ao nível dos CSP, em 14 USF, 7 acreditadas e 7 não acreditadas, através da comparação dos indicadores de desempenho das Unidades de Saúde Familiar no ano de 2012. Concluiu que as USF acreditadas apresentam resultados globais com diferenças estatisticamente significativos em apenas 2% dos casos, ou seja, são tendencialmente melhores, apresentando contudo diferenças marginais.

Importa ainda referir que, atualmente, os sistemas de saúde enfrentam uma pressão enorme para reduzir os custos, proporcionando melhores serviços, sem baixar a sua qualidade (Mitropoulos, 2019).

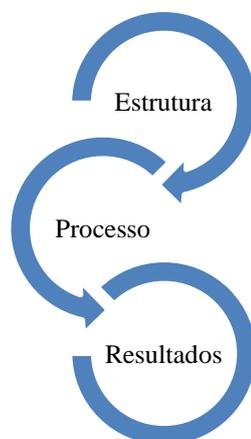
2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde

A qualidade sempre esteve no centro dos cuidados de saúde internacionais, sejam serviços públicos e não públicos (Hughes & Higginson, 2006). A manutenção de padrões de alta qualidade é muito importante para as unidades de saúde (Faloudah, Qasim & Bahumayd, 2015).

As organizações de saúde mais bem-sucedidas são aqueles que reconhecem a natureza multifacetada de seu esforço e conseguem implementar todas as dimensões da qualidade (Øvretveit, 2009).

Para Donabedian (1988) existem três dimensões que permitem classificar a qualidade dos cuidados, que são apresentadas na figura 2.

Figura 2- Tríade de Donabedian



Fonte: Adaptado de Donabedian (1988, p. 1745)

A dimensão estrutura relaciona-se com os recursos materiais, humanos e de estrutura organizacional, nas unidades de saúde onde os cuidados são prestados. O processo abrange todas as atividades centradas no utente, como os cuidados prestados, diagnósticos e tratamentos. E os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados, na saúde do utente e comunidade, o grau de satisfação do utente, bem como os custos associados (Donabedian, 1988).

Para Øvretveit (2009) existem três dimensões da qualidade:

- Qualidade do utente - se um serviço excede as expectativas do utente, proporciona uma experiência satisfatória e corresponde aos padrões objetivos da humanidade;
- Qualidade profissional - se o serviço é prestado de acordo com as melhores práticas e processos atuais, originando resultados clínicos ótimos;
- Qualidade da gestão - se o serviço faz o melhor uso dos recursos, sem desperdiçar, e opera dentro dos requisitos de nível superior.

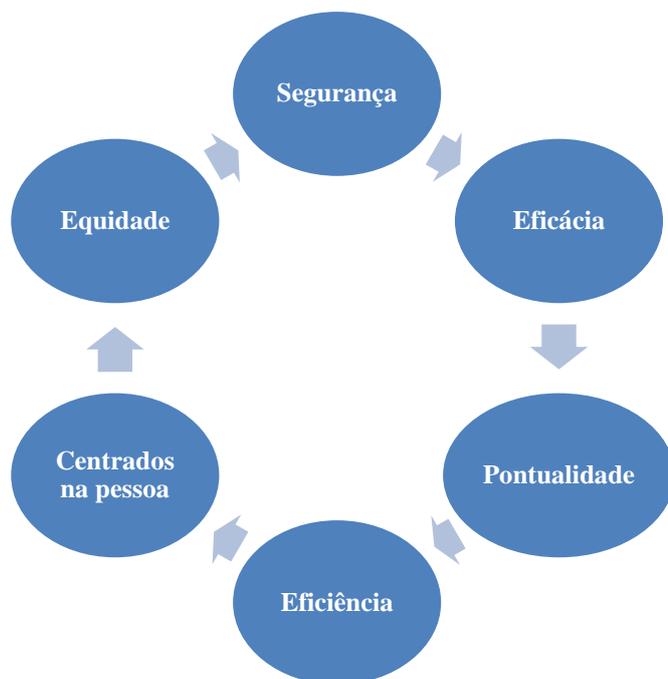
Para Ling *et al.*, (2012) para que um projeto de melhoria contínua seja implementado com sucesso, existem quatro elementos-chave: liderança; identidade; conhecimento e competências; e benefícios sustentáveis.

Um fator importante no envolvimento/ comprometimento dos profissionais de saúde, no processo de melhoria contínua, é a liderança. Os líderes eficazes desafiam o *status quo*, quando insistem que o sistema atual não pode permanecer e fornecem ideias

claras sobre alternativas melhores e de qualidade (Berwick, 1996, citado por Ling *et al.*, 2012).

Segundo WHO (2019) e Institute of Medicine (2001, p. 5), para atingir os resultados desejados, os cuidados devem ter em consideração seis dimensões, apresentadas na figura 3.

Figura 3 - Dimensões da qualidade em saúde



Fonte: Adaptado de WHO (2019) e Institute of Medicine (2001)

A dimensão segurança pretende evitar prejuízos aos utentes, enquanto se presta os cuidados. A eficácia refere-se a proporcionar serviços a todos os utentes com conhecimento científico e, abster de prestar cuidados aqueles que não necessitam, evitando a subutilização e uso excessivo. A pontualidade ajuda a reduzir tempos de espera e atrasos, por vezes prejudiciais, tanto para utentes, como para profissionais (Institute of Medicine, 2001).

Os cuidados centrados na pessoa são os cuidados que respeitem e são sensíveis às preferências, necessidades e valores dos utentes, garantindo que os valores do utente orientam todas as decisões clínicas. A eficiência significa evitar o desperdício, incluindo o desperdício de material, ideias e energia de trabalho. Por fim, equidade refere-se à igualdade da prestação de cuidados de qualidade, independentemente do sexo, etnia, localização geográfica e *status* socioeconómico (Institute of Medicine, 2001).

Os cidadãos e a comunidade, na sua maioria, têm como expectativa legítima que os cuidados de saúde sejam de qualidade: acessíveis, adequados e efetivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis. Pisco e Biscaia (2001) identificaram diferentes dimensões da qualidade, nomeadamente: acessibilidade e equidade, eficiência e efetividade, satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais, os resultados e os processos como principais componentes que determinam a qualidade, e ainda, como objetivo final de um sistema de qualidade, a melhoria contínua.

A prestação de cuidados de saúde deve ser segura, eficaz, atempada, eficiente e equitativa para manter e melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes. A qualidade dos cuidados pode então ser quantificada e medida de acordo com estas diretrizes clínicas estabelecidas para avaliar os resultados de saúde e o desempenho dos cuidados de saúde prestados. Para tal, requer que os profissionais de saúde e responsáveis sigam os padrões estruturados de atendimento, monitorizem o desempenho do dia-a-dia e reduzam as desigualdades na gestão do utente (Zhao *et al.*, 2017).

A prática baseada na evidência é uma ferramenta poderosa para qualquer organização, porque tem implicações ao nível da avaliação da qualidade, na melhoria contínua e na prestação de contas (Institute of Medicine, 2001).

O treino e o desenvolvimento profissional contínuo são bastante benéficos para incentivar à melhoria da qualidade, quando existe falta de conhecimento e competências. Os registos e as reavaliações são bastante importantes para os processos de melhoria da qualidade, uma vez que se centram nas competências de cada profissional. Caso o profissional não seja competente, poderá ser retirado do sistema (Ling *et al.*, 2012).

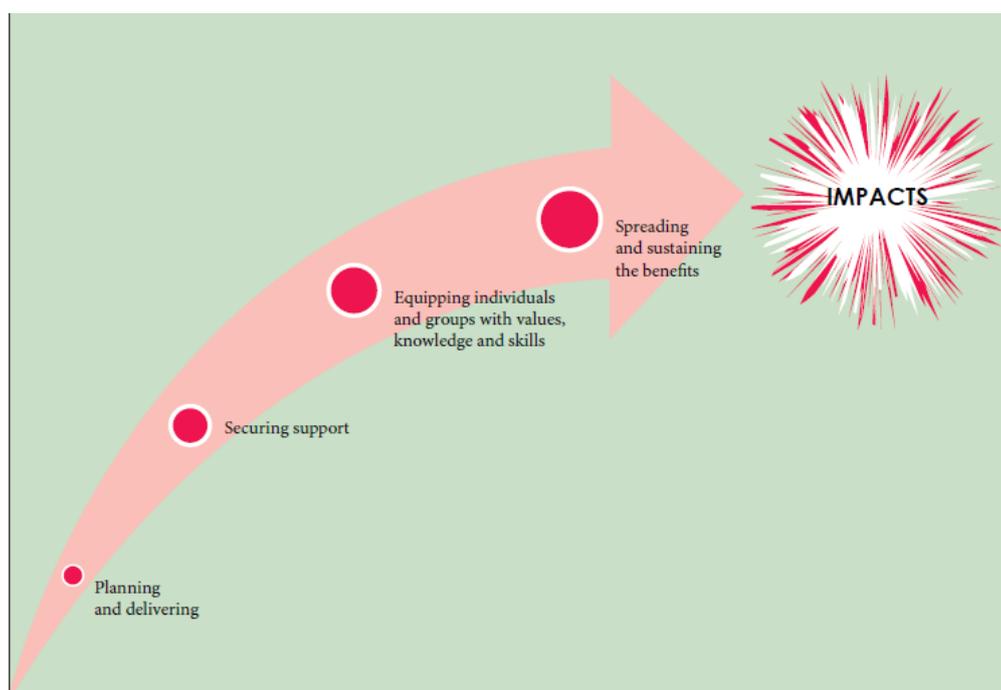
Para os mesmos autores, a melhoria da qualidade exige um alto nível de comprometimento por parte dos profissionais de saúde. Um comprometimento bem-sucedido envolve a elaboração de objetivos comuns e a necessidade constante de sustentar esse comprometimento. Significa desenvolver os padrões de desempenho estabelecidos, planos de ação que refletem os objetivos comuns, partilhar informação e construir a confiança.

No estudo de Ling *et al.* (2012) o incentivo financeiro, para implementar boas práticas foi importante, contudo, os profissionais também valorizaram as oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento. O envolvimento/ compromisso dos profissionais de saúde é um elemento-chave para o sucesso da melhoria contínua,

contudo verificaram várias barreiras para que os profissionais de saúde não se envolvam, tais como: recursos inadequados; pressão de exigências concorrentes; sistemas de informação e formação desadequados; competências insuficientes; rotatividade de profissionais; desinteresse e resistência.

Segundo os mesmos autores para implementar um projeto de melhoria de qualidade, nos cuidados de saúde primários, é necessário ter em consideração as etapas apresentadas na figura 4.

Figura 4 - Etapas para implementar um projeto de melhoria de qualidade nos CSP



Fonte: Ling *et al.* (2012)

A qualidade dá uma vantagem competitiva sustentável, uma vez que é um fator crucial para a satisfação do utente e, como tal, aumenta as referências, bem como a exigência do serviço e a reputação hospitalar (Izadi, Jahani, Rafiei, Masoud & Vali, 2017).

A qualidade dos cuidados de saúde é um serviço multidimensional, que confirma a qualidade técnica e a qualidade funcional, satisfazendo as expectativas do cliente de forma consistente (Kokatnur & Pilli, 2018).

Um sistema de saúde que obtenha ganhos nas dimensões da qualidade conseguirá responder muito melhor às necessidades dos utentes, uma vez que obtém cuidados mais seguros e confiáveis, mais ágeis e partilhados e com maior disponibilidade (Institute of Medicine, 2001).

2.3 Qualidade em Saúde para Melhoria Organizacional

Melhorar a qualidade do serviço tornou-se um grande desafio para as organizações, que querem sobreviver nos mercados competitivos e ir de encontro às expectativas e satisfação dos clientes (Sahney *et al.*, 2006, citados por Izadi, *et al.*, 2017). Os profissionais de saúde necessitam de desenvolver e executar planos de melhoria da qualidade para ter sucesso (Hekmatpou, Sorani, Farazi, Fallahi & Lashgarara, 2010).

Melhorar a capacidade de produzir bons resultados deve ser a preocupação de qualquer sistema de saúde. Um sistema da qualidade melhorado deve ser um processo contínuo e deve ter um processo sistemático que precisa de ser seguido para melhorar o estado de saúde dos clientes, bem como dos serviços. Nos cuidados de saúde, a qualidade é alcançada quando há resultados de saúde desejados pelos clientes como resultado dos serviços de cuidados de saúde prestados (Faloudah *et al.*, 2015).

Para o mesmo autor, os efeitos da melhoria da qualidade nas instalações de cuidados de saúde incluem: resultados de saúde desejáveis dos utentes que são acompanhados por baixos custos de saúde. Eficiência de processos de gestão e clínicos em que os resultados desejados são obtidos usando o mínimo de recursos possível. Melhoria no relacionamento entre colaboradores e não-colaboradores. Ajudando a identificar problemas antes que originem danos por meio de sistemas de alerta precoce.

Um projeto de melhoria da qualidade em saúde envolve: 1) atos formais - definidos com antecedência, comunicado às partes interessadas relevantes, com atividades definidas e objetivos identificados; 2) melhorar um sistema – não se foca especificamente na melhoria das competências individuais, mas sim nas competências da equipa; 3) identificar novas formas de atuar em equipa – diferentes grupos, incluindo os utentes, a trabalhar em conjunto para novas formas de atuação; 4) recolher evidências – permitir críticas sobre o valor do projeto; e 5) mudar o que acontece aos utentes (Ling *et al.*, 2012).

A melhoria contínua da qualidade na saúde é um processo de mudança, uma vez que é necessário mudar de:

“a) uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada do cidadão; b) uma melhoria baseada apenas no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros; c) uma qualidade monodisciplinar, para cuidados partilhados, e ainda melhorar os processos complexos de cuidados de saúde; e d) avaliações de qualidade e formação profissional contínua, para uma gestão de doença num quadro de melhoria contínua da qualidade” (Pisco & Biscaia, 2001, p. 50).

A melhoria da qualidade permite uma mudança transformacional na prestação de cuidados de saúde, porque cria novas atitudes e comportamentos entre os profissionais de saúde e os utentes, novas redes, novas relações com o sistema de saúde e novas formas de trabalhar tendo em conta os limites organizacionais. Ou seja, a melhoria da qualidade permite desenvolver competências em diversas áreas – gestão, profissional, *stakeholder* e clínica (Ling *et al.*, 2012).

Esses mesmos autores verificaram que as equipas que implementem projetos de melhoria da qualidade, beneficiariam se fossem encorajadas, desde o início, sobre o caminho pretendido, bem como, ao longo do projeto, irem recebendo feedback sobre a sua prestação e, no fim, saberem se foram bem-sucedidas.

Um processo de acreditação “promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços” (DGS, 2014a, p. 4).

Hospitais de alta qualidade, por norma, têm um desempenho nas práticas de gestão significativamente superior, comparativamente a hospitais de baixa qualidade (Tsai, *et al.*, 2015).

Medir a qualidade do serviço hospitalar é uma estratégia importante para os gestores que querem melhorar os serviços (Izadi *et al.*, 2017).

A avaliação da qualidade permite compreender a diferença entre os serviços, quanto custa, quem suporta os custos, e quem recebe os benefícios. A principal contribuição de uma avaliação da qualidade é permitir atingir os resultados desejáveis, minimizando os custos e as consequências indesejáveis (Ling *et al.*, 2012).

Smith e Barnett (2008, citados por Ling *et al.*, 2012) consideram que é necessário realizar estudos sobre o impacto económico da melhoria da qualidade nos serviços de saúde, uma vez que a eficácia da melhoria da qualidade é amplamente reconhecida. Uma vez que, no sector da indústria, está comprovado que as organizações que se comprometem com projetos de melhoria da qualidade têm mais lucro e maior produtividade.

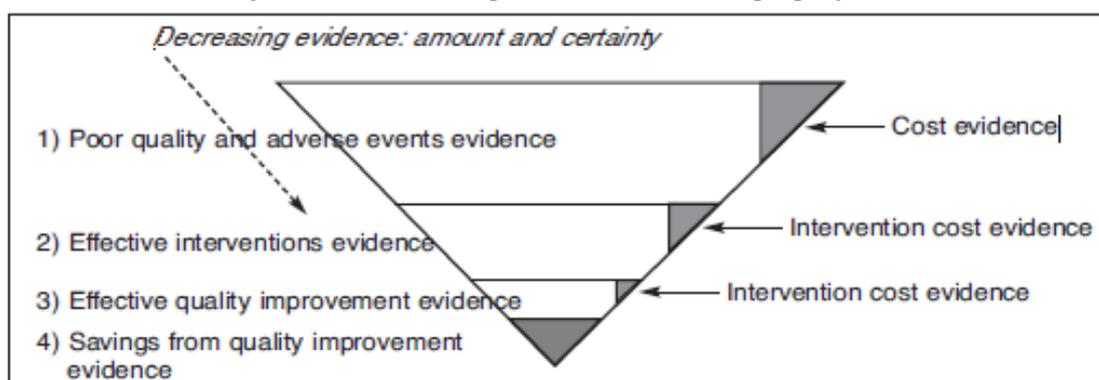
Atualmente, a literatura demonstra que o impacto económico não é assim tão favorável na saúde, devido a uma série de razões, nomeadamente: falta de compreensão dos conceitos de custos e utilidade; os profissionais de saúde não são capacitados para integrar uma análise de custo no seu trabalho; limites de financiamento; complexidade de intervenções; e a complexidade dos sistemas que existem (Ling *et al.*, 2012).

Para os mesmos autores, o sistema de saúde britânico enfrenta pressões financeiras sem precedentes, como tal, qualquer proposta de melhoria da qualidade, terá de se debater contra as muitas exigências competitivas, como as tecnologias em saúde que têm eficácia comprovada e uma boa relação custo-eficácia.

No entanto, segundo Sodani (2012, citado por Izadi *et al.*, 2017) prestar cuidados de alta qualidade traduz-se numa redução de custos, aumento da quota de mercado, rentabilidade e promove a eficácia dos serviços. Por isso, a missão principal de um gestor hospitalar é prestar cuidados de qualidade aos utentes, satisfazer as suas necessidades e expectativas de forma adequada. Para que a sua missão seja cumprida, é necessário que exista uma qualidade hospitalar instaurada.

A evidência de poupança, perdas ou aumento de receita, relaciona-se, em simultâneo, com a evidência de qualidade (Øvretveit, 2009), tal como se pode observar na figura 5.

Figura 5 - Evidência da qualidade e evidência da poupança



Fonte: Øvretveit (2009)

Uma qualidade pobre ocorre quando existem elevadas taxas de subutilização, mau uso e uso excessivo de tratamentos e cuidados de saúde de baixa qualidade, podendo contribuir para um custo elevado ou perder interesse para os profissionais (Øvretveit, 2009).

Segundo o mesmo autor, as poupanças surgem quando existe uma mudança eficaz, que evita o problema, e que possa ser implementada localmente a um custo baixo. Existe evidência científica de que as mudanças simples, a nível clínico, como melhor a profilaxia antibiótica antes de uma cirurgia, são eficazes na redução de efeitos adversos. Há também evidência de que métodos de melhoria da qualidade podem ser eficazes, na implementação das mudanças, tais como *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) e projetos de melhoria contínua da qualidade.

Para que a qualidade seja financeiramente mais vantajosa para organizações, é necessário realizar mudanças nos sistemas financeiros, na forma como o desempenho é medido – incluir medidas de qualidade – e apoio especializado e informações sobre como implementar melhorias bem-sucedidas. Um dos fatores que ajuda a economizar passa por medir a qualidade e os custos da qualidade nas rotinas dos serviços, como parte da gestão de desempenho e sistemas de pagamento (Øvretveit, 2009).

O estudo de Mitropoulos (2019) teve como objetivo explorar se existe um *trade-off* entre a produção de serviços – desempenho da produção dos sistemas de saúde - e a qualidade do serviço – a qualidade do serviço para os utentes, nas dimensões da segurança e satisfação - na prestação de cuidados de saúde, nos países da União Europeia, durante a crise económica. Os dados foram recolhidos entre 2009 e 2013, através do Eurobarómetro e Eurostat. Os resultados demonstraram que a eficiência técnica global aumentou durante o período analisado. No entanto, o *trade-off* inerente entre a produção de saúde e a qualidade do serviço foi significativamente elevado, indicando que os ganhos de eficiência alcançados por vários países sacrificaram tanto a produção, como a qualidade.

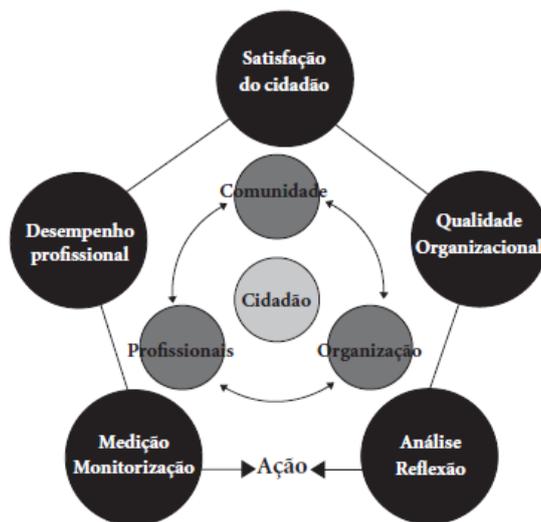
Segundo o mesmo autor, entre 2009 e 2013, a despesa total em saúde aumentou significativamente na maioria dos países europeus, com exceção dos países que foram afetados pela crise como a Grécia, Chipre, Portugal, Espanha e Itália. As alterações introduzidas nos sistemas de saúde europeus, durante a recessão económica, aumentaram significativamente as preocupações das pessoas, relativamente à segurança do utente. No entanto, a perceção global da qualidade dos sistemas de saúde, a nível europeu, melhorou ligeiramente, entre 2009 e 2013, aumentou cerca de 2%, sendo um pouco contraditório com as tendências europeias sobre as preocupações com a segurança e o acesso aos cuidados de saúde.

A qualidade organizacional permite dar apoio a toda a atividade da organização de saúde, nomeadamente na estrutura dos processos de planeamento, monitorização e avaliação da atividade, e numa utilização mais eficiente da tecnologia, do conhecimento, dos recursos humanos e do contexto de cada unidade de saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

Para estes autores, “a importância da qualidade organizacional manifesta-se na criação das condições para um trabalho em equipa dentro da unidade e em rede com os diferentes elementos do sistema de saúde e da sociedade, promovendo um envolvimento ativo dos cidadãos e dos profissionais de saúde” (p. 709).

A figura 6 demonstra o Pentágono Virtuoso da Qualidade, pois uma organização que não seja capaz de medir e analisar o que faz, dificilmente terá um desempenho de qualidade (Biscaia & Heleno, 2017).

Figura 6 - Pentágono Virtuoso da Qualidade



Fonte: Biscaia & Heleno (2017, p. 709)

Para estes autores, este modelo está vocacionado para a ação, ou seja, para a formulação de objetivos e produção de resultados, com o intuito de potenciar ganhos em saúde para as unidades de saúde.

Tendo por base a revisão da literatura neste capítulo, é possível verificar que a qualidade em saúde está intimamente ligada ao desempenho, na maioria das vezes. Além disso, neste estudo, importa salientar também o conceito de desempenho em saúde, uma vez que vai ser uma das dimensões utilizadas como instrumento de avaliação, através do Índice de Desempenho Global (IDG) das Unidades Funcionais do ACeS Alentejo Central.

3. DESEMPENHO EM SAÚDE

O desempenho profissional é a área mais visível das atividades, que origina o sucesso e a qualidade de toda a organização de saúde (Biscaia & Heleno, 2017).

A gestão de desempenho é definida como uma abordagem de toda a organização, com a qualidade, que incorpora as orientações estratégicas e organizacionais, que as alinha para atingir os resultados (Beitsch, Yeager & Moran, 2015).

Uma organização deve concentrar-se nos resultados – no sector público da saúde, o principal resultado é a saúde da comunidade - mas também deve direccionar o foco na capacidade de liderança e na gestão de processos. De salientar ainda a necessidade de focalizar no planeamento estratégico e no cliente/ mercado, e ainda na gestão de recursos humanos (principal ativo na saúde), sistemas de informação e análise de dados (Beitsch, *et al.*, 2015).

Para estes autores, nos cuidados de saúde, a melhoria da qualidade e a gestão de desempenho, são utilizados para reduzir as ineficiências na organização (“*inefficiency waste*”), e para reduzir os custos clínicos, melhorando os resultados clínicos (“*quality waste*”).

Os indicadores de desempenho podem servir como um meio para promover a melhoria da qualidade e aumentar o desempenho (Contadriopoulos, Champagne & Denis, 2014, citados por Botje, *et al.*, 2016).

Para Braithwaite, *et al.* (2017), os indicadores de desempenho são um mecanismo comum para medir a qualidade dos cuidados de saúde, para facilitar a melhoria da qualidade e a gestão de sistemas. São elementos mensuráveis de ações de desempenho para avaliar a qualidade dos cuidados – criação de quadros de desempenho para monitorizar os aspetos rotineiros do desempenho de saúde, tais como eficácia, eficiência, segurança e qualidade. Atualmente, não se procura apenas um indicador de qualidade, mas sim estruturas multidimensionais, compostas por conjuntos de indicadores, que combinam características de estrutura, processo e avaliação de resultados.

3.1. Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários

A avaliação de desempenho do sistema de saúde, em Portugal, tem quatro prioridades: 1) alcançar melhorias de saúde para a população; 2) garantir a satisfação na elevada qualidade e na acessibilidade aos serviços de saúde; 3) garantir solidariedade social; e 4) manter a sustentabilidade e eficiência do sistema de saúde (Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2018).

“O sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal é claro e com evidentes ganhos em saúde” (Miguel & Sá, 2010, p. 4). É unânime que os resultados têm sido positivos, aumentando a acessibilidade e a satisfação dos utentes e dos profissionais (GCRCSP, 2009; Santos *et al.*, 2007, citados por Miguel & Sá, 2010). De salientar que o “tipo de contratualização implementado permite perspetivar que se continue a fazer mais e melhor em áreas já desenvolvidas no âmbito dos CSP” (p. 4).

A contratualização interna baseia-se “num conjunto de valores essenciais para o sucesso do processo, tais como: compromisso, transparência, rigor, envolvimento positivo de todos os intervenientes, proximidade, racionalidade, liderança e bom senso, tendo como objetivo final a melhoria da saúde dos cidadãos” (ACSS, 2018, p. 15).

A evolução do desempenho das UCSP e das USF tem sido quantificada através do cumprimento de metas associadas a um conjunto de indicadores de contratualização. A negociação centra-se no percurso evolutivo das unidades, sendo sustentada por instrumentos como o Plano de Ação das unidades funcionais, definido de 3 em 3 anos, que inclui planos de atividades e de formação, para aplicação dos incentivos monetários e os Planos de Desempenho dos ACeS (Pestana *et al.*, 2019).

Para estes autores os instrumentos envolvidos nos processos de contratualização permitem “qualificar os níveis de desempenho das unidades funcionais, atribuir incentivos monetários às unidades com melhor desempenho, e estabelecer processos de acompanhamento e melhoria das unidades que apresentam desempenhos inferiores” (p.52). Os principais objetivos são: 1) ajudar a atingir melhores resultados em saúde; e 2) fortalecer uma governação clínica e de saúde baseada em princípios comuns para todas as unidades. A avaliação é “operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, métrica que se pretende aperfeiçoar e melhorar continuamente em função da evolução da saúde das populações” (p. 53).

Atualmente, o novo modelo de contratualização foca-se na continuidade de resultados em saúde, num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos

integrados em saúde, e ainda no desempenho organizacional, tendo em conta as suas diferentes áreas e dimensões (ACSS, 2017).

Desde 2017, o modelo de contratualização tem sido submetido a mudanças, estando a evoluir de uma “perspetiva centrada num número limitado de indicadores e metas de processo, para uma perspetiva mais orientada para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde” (OPSS, 2018, citado por Pestana *et al.*, 2019, p. 37).

A reestruturação do modelo de contratualização, em 2017, foi um “processo de reengenharia organizacional”, baseado 3 pilares: 1) “criação de equipas multiprofissionais, funcionalmente autónomas”; 2) “desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde”; e 3) “progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho”. O objetivo deste “processo de reengenharia organizacional” é garantir “uma prestação de cuidados de saúde de proximidade, com qualidade, respondendo de forma pró-ativa, eficiente e efetiva às necessidades de saúde da população” (ACSS, 2019, p. 5).

Atualmente, a contratualização das unidades de saúde dos CSP, tem como principal desafio a articulação das dinâmicas entre a gestão estratégica e a operacional. A contratualização interna deve valorizar a criação de ganhos efetivos em saúde, e não apenas produção de atos (Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos & Reis, 2017).

A contratualização interna altera as metodologias de tomada de decisão, sendo assim um modelo de gestão participada, originando homogeneidade entre todas as atividades organizacionais, porque alinha as atividades com a estratégia, para atingir objetivos delineados a partir de uma componente externa, dos meios existente e dos resultados desejados (Monteiro, *et al.*, 2017).

A contratualização é um processo entre financiadores e prestadores, que envolve uma relação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados. Baseia-se na autonomia e na responsabilidade das partes, através de um sistema de informação que permite um planeamento e uma avaliação eficaz, e tem como principais objetivos as metas de produção, acessibilidade e qualidade. Se a contratualização for exigente e correta, permite incentivar o desempenho, monitorizar e demonstrar ganhos em saúde (Soranz & Pisco, 2017).

A multidimensionalidade da matriz resulta das diferentes dimensões que são avaliadas em cada etapa, para calcular o Índice de Desempenho Global (IDG), o valor de referência que se procura medir. O modelo de contratualização atual inspira-se num

modelo biopsicossocial próprio dos CSP, “centrado no utente e simplificado no IDG”. Os níveis de desempenho do IDG “devem ser ponderados e/ ou corrigidos”, de acordo com “os constrangimentos de recursos das unidades” e pela “variabilidade de características do contexto, com impacto no desempenho” (Pestana *et al.*, 2019, p. 59).

O IDG é calculado segundo os valores alcançados nos Índices de Desempenho Sectoriais, em cinco áreas: 1) desempenho assistencial; 2) qualidade organizacional; 3) serviços; 4) formação; e 5) atividade científica. Os indicadores de desempenho são de 4 tipos, para avaliar: “estrutura, processos, resultados e ganhos em saúde, fundamentados na estrutura sugerida por Donabedian, que está na base das melhores práticas europeias” (Pestana *et al.*, 2019, p. 54).

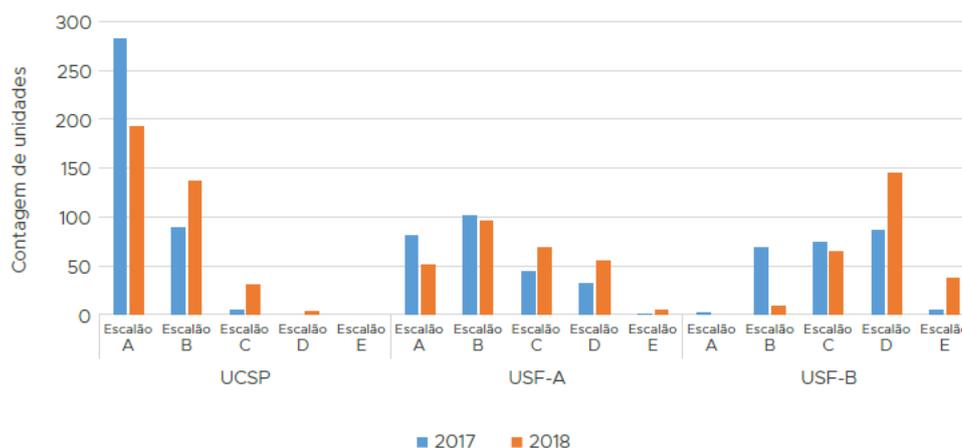
Segundo o mesmo autor, para tornar homogéneo o nível nacional do grau de exigências das metas, foi estipulado um intervalo esperado e um de variação aceitável, para cada indicador, em todo o país.

O modelo *pay-for-performance*, nos CSP em Portugal, é mais do que um esquema remuneratório, uma vez que estabelece uma mudança organizacional estruturada, dirigida para a autonomia dos profissionais, organizada de acordo com as necessidades locais de saúde e sustentada na contratualização (Monteiro, *et al.*, 2017).

Atualmente, os incentivos financeiros, que anteriormente era exclusivos das USF, foram alargados também para as UCSP, prevendo-se uma generalização progressiva a todas as unidades do ACeS, num futuro. Apesar de existirem mais USF nos escalões mais altos – “E” representa o melhor desempenho e “A” o pior – a tendência é de melhoria para todas as unidades funcionais, existindo inclusive UCSP com níveis de desempenho altos (Pestana *et al.*, 2019).

O gráfico 1 demonstra a distribuição do Índice de Desempenho Global, dos diferentes tipos de Unidades Funcionais, entre 2017 e 2018.

Gráfico 1 – Distribuição do IDG das UCSP, USF-A e USF-B (2017 e 2018)



Fonte: Pestana *et al.* (2019, p. 55)

De salientar ainda que, a atribuição de incentivos financeiros exige um “esforço na avaliação das atividades de prestação de cuidados, e que tem o potencial de promover o uso das tecnologias de informação”, podendo resultar numa “melhoria nos registos clínicos, auxiliar a adesão a normas de orientação clínica baseadas na evidência e utilizar boas práticas clínicas e organizacionais” (Pestana *et al.*, 2019, p. 56).

Segundo os mesmos autores, os incentivos financeiros têm um teto máximo fixado anualmente, “por despacho dos membros do Governo da área das finanças” (p. 56). As alterações do novo modelo de contratualização introduzem uma importante medida de contenção financeira para o SNS, sendo o valor atribuído a cada unidade, consoante o seu nível de desempenho, uma proporção do valor nacional.

Um estudo realizado por Perelman *et al.* (2016, citado por Pestana *et al.*, 2019, p. 41), onde foram avaliados os resultados de desempenho de todos os indicadores alvo de incentivos em todas as USF e UCSP, em Portugal, entre 2009 e 2013, revela que “as USF têm um melhor desempenho do que as UCSP na qualidade dos cuidados prestados, medido através da melhoria nos processos em saúde, como por exemplo no controlo da diabetes e hipertensão dos seus utentes”.

Segundo um estudo desenvolvido pela ERS (2016), as USF modelo B apresentam melhor desempenho nos indicadores, comparativamente às USF modelo A e UCSP. Este nível de desempenho superior poderá associar-se aos incentivos financeiros que apenas os profissionais das USF modelo B recebiam, até 2017.

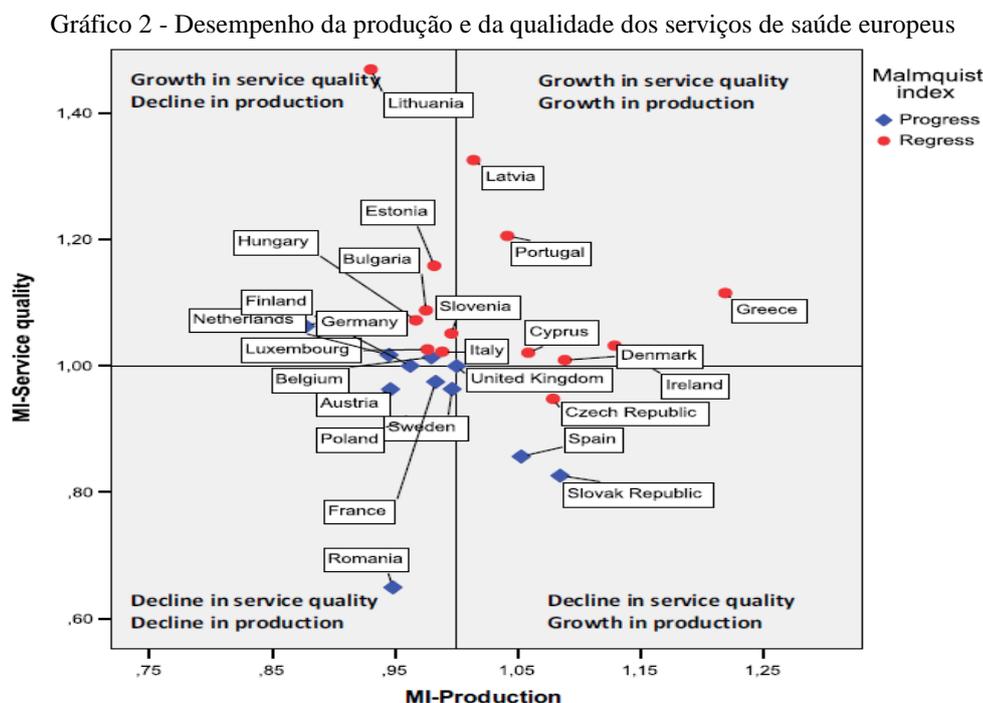
Mesmo que a qualidade do serviço seja inerente à avaliação da eficiência dos sistemas de saúde, é evidente, segundo a literatura, que os modelos de avaliação de desempenho na saúde incluem muitas dimensões, que não são específicas dos cuidados

de saúde, menosprezando as principais dimensões da qualidade, nomeadamente, segurança e satisfação do utente (Mitropoulos, 20019).

Segundo o estudo anterior, a eficiência dos cuidados de saúde, em Portugal, aumentou entre 2009 e 2013. Os resultados da eficiência mostram que todos os países europeus que receberam ajuda financeira internacional apresentam melhorias no desempenho da produção, ao longo do tempo.

O Índice *Malmquist*, utilizado nesse estudo, revela os resultados de cada país europeu para o sistema de saúde global, nas duas dimensões avaliadas – desempenho da produção e da qualidade dos serviços de saúde – permite verificar que Portugal se encontram no quadrante de crescimento de ambas as dimensões.

O gráfico 2 demonstra os resultados para cada país europeu, tendo por base o desempenho da produção e a qualidade dos serviços.



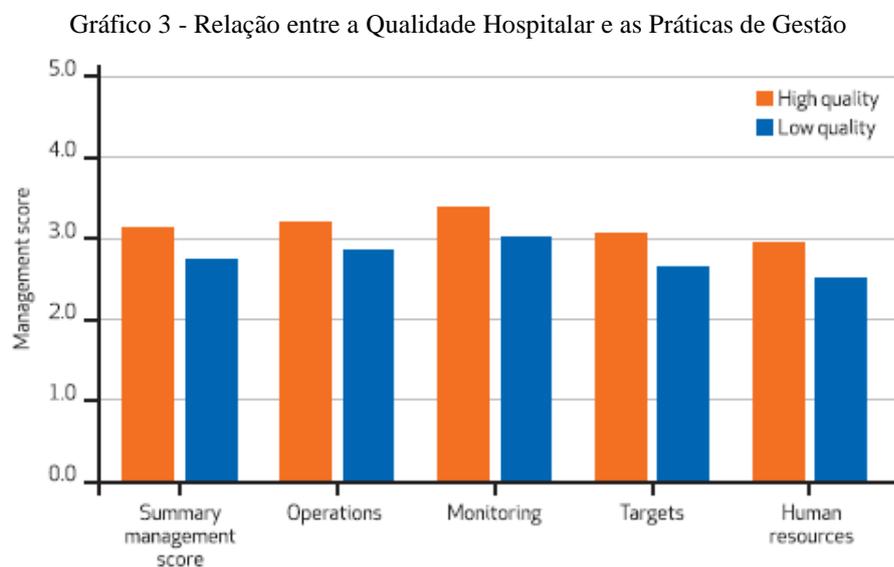
Fonte: Mitropoulos (2019, p. 13)

3.2. Dimensões do Desempenho em Saúde

Tsai, *et al.* (2015) avaliaram o desempenho dos hospitais, com base nos domínios específicos da gestão: operações/ ações; monitorização; metas e recursos humanos. Os autores avaliaram estes domínios em hospitais de alta e baixa qualidade, tendo

verificado que os hospitais de alta qualidade têm um desempenho superior nas práticas de gestão.

O gráfico 3 permite verificar a relação entre a qualidade hospitalar e as práticas de gestão, tendo em consideração unidades hospitalares de alta e baixa qualidade.



Fonte: Tsai *et al.* (2015, p. 1308)

O *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA) é um prémio atribuído pelo Congresso dos EUA, com o objetivo de consciencializar para a gestão da qualidade e reconhecer as organizações que implementem sistemas de gestão da qualidade de sucesso. A avaliação dos projetos é realizada com base em 7 categorias que classificam um desempenho excelente (MBNQA, 2020):

- Liderança – como a gestão de topo gere a organização, e como a organização lidera na comunidade;
- Estratégia – como a organização determina e planeia implementar orientações estratégicas;
- Clientes – como a organização constrói e mantém laços fortes e duradouros com os clientes;
- Avaliar, analisar e gestão do conhecimento - como a organização utiliza os dados para apoiar os processos-chave e gere o desempenho;
- Profissionais – como a organização capacita e envolve os profissionais;
- Operações – como a organização desenha, gere e melhora os processos chave;

- Resultados – como a organização atua a nível da satisfação do cliente, financeiramente, recursos humanos, fornecedores e desempenho dos parceiros, operações, governação e responsabilidade social; e como a organização se compara com os competidores.

O estudo de Valmohammadi e Roshanzamir (2015) teve como base as dimensões do MBNQA, e revelou que a liderança é a dimensão mais desenvolvida na gestão da qualidade, sendo o foco no cliente, a característica menos desenvolvida. Demonstrou que uma grande resistência da cultura organizacional está positivamente relacionada com o nível de implementação de uma gestão total de qualidade e o desempenho organizacional. E ainda a existência de um efeito significativamente positivo da gestão total da qualidade no desempenho organizacional.

Segundo OCDE (2019) um sistema de desempenho em saúde, deve basear-se nas seguintes dimensões de indicadores: 1) estado de saúde (p. ex. esperança de vida, mortalidade evitável); 2) fatores de risco para a saúde (p. ex. obesidade, consumo de álcool e tabaco); 3) acesso aos cuidados (p. ex. cobertura dos cuidados à população); 4) qualidade dos cuidados (p. ex. prescrição terapêutica segura, cuidados de saúde primários eficazes); e 5) recursos dos cuidados de saúde (p. ex. gastos em saúde, número de recursos humanos por 1 000 habitantes).

Rodrigues e Felício (2017, p. 4) defendem que a governação clínica - sistema para garantir os padrões desejados, para “obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) ” para toda a população, com a participação de todos, através da “melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde” – estimula a qualidade.

Para que a governação clínica estimule a qualidade, é necessário aplicá-lo em várias dimensões, tal como são referidas na figura 7.

Figura 7 - Ingredientes essenciais da governação clínica em Medicina Geral e Familiar



Fonte: APMCG, 2010 (citada por Rodrigues & Felício, 2017, p. 9)

A aplicabilidade destas dimensões, só é possível, com um bom sistema de governação clínica e um poderoso sistema informático, apoiados em normas de orientação clínicas e registos clínicos de qualidade (Rodrigues & Felício, 2017).

Segundo Nee, Ramendran, Gim e Surlenty (2018) uma gestão segura e práticas seguras, desenvolvem um desempenho seguro, resultando em qualidade de cuidados, ou seja, quanto mais os profissionais de saúde adotam um desempenho seguro, mais contribuem para a qualidade dos cuidados ao utente.

3.3. Desempenho para Melhoria Organizacional

A qualidade dos cuidados é um resultado valorizado e desejado nos sistemas de desempenho na saúde, porque ajuda a aumentar a eficácia da prestação de cuidados (Mitropoulos, 2019).

As avaliações de desempenho regulares garantem que o sistema de saúde está alinhado na direção estratégica da organização, com o foco na obtenção de ganhos de

saúde para a população, e os decisores políticos devem ser informados, para que todas as medidas governamentais contribuam para uma saúde melhor (WHO, 2010).

Um aspeto fundamental na análise da eficiência de qualquer organização é garantir que os ganhos de eficiência não são alcançados sacrificando a qualidade do serviço. Se se excluir a qualidade, da análise de eficiência, alguns serviços podem ser recompensados, uma vez que produzem mais atividades, mas com qualidade inferior, comparativamente a outros serviços. Contudo, atualmente existe um esforço crescente para aplicar métodos de avaliação de desempenho que tenham em consideração a qualidade do serviço e a satisfação dos utentes (Mitropoulos, 2019).

O desempenho hospitalar, com base nas diferentes dimensões da qualidade, não cumpriu com as expectativas do utente. Como tal, é necessário centrar em modelos de melhoria de qualidade, para beneficiar os utentes e os seus interesses (Izadi *et al.*, 2017).

As organizações podem “facilitar a melhoria, desenvolvendo e implementando uma estratégia de melhoria da qualidade para toda a organização” (Care Quality Commission, 2018; Dixon-Woods, McNicol & Martin, 2012; Jones, Pomeroy, Robert, *et al.*, 2019, citados por Fulop & Ramsay, 2019, p. 2) através de algumas ações como: a) “utilizar dados para medir e monitorizar o desempenho”; e b) associar incentivos com desempenho de qualidade (p. 2).

Se as organizações adotarem medidas de processo e resultado de cuidados em saúde, no seu dia-a-dia, irão melhorar o seu desempenho. O uso deste tipo de medidas permite compreender como é que as melhores práticas influenciam o nível de desempenho (Institute of Medicine, 2001).

Os resultados do estudo de Tsai *et al.* (2015) demonstram que as práticas da administração e de gestão estão significativamente relacionadas com o desempenho das métricas de qualidade, das unidades de saúde. Estes resultados convergem com a literatura recente, que tem como premissa uma governação clínica eficaz, sustentada pela administração, está diretamente relacionada com o desempenho de qualidade das unidades de saúde.

Os bons registos de atividade permitem adequar os cuidados, monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados à população (Monteiro, *et al.*, 2017).

As organizações e profissionais de saúde são motivados pelo reconhecimento público e honorário. O reconhecimento de realização profissional e inovação são motivadores de melhoria contínua. É fundamental que as políticas de pagamento estejam alinhadas, dentro de uma organização, de forma a serem um incentivo e um

suporte para a melhoria da qualidade. No entanto, as barreiras financeiras que existem atualmente para os métodos de recompensa podem criar obstáculos significativos para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Institute of Medicine, 2001).

Segundo os mesmos autores, os profissionais de saúde até podem estar motivados para proporcionar os melhores cuidados possíveis, contudo um método de incentivos deficiente não irá facilitar sistematicamente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pelo contrário, poderá até impedir algumas ações. Os objetivos de qualquer método de pagamento devem ser para recompensar um atendimento de alta qualidade e para permitir o desenvolvimento de formas mais eficazes de prestação de cuidados, de forma a melhorar o valor obtido nos recursos gastos. As políticas de pagamento não devem criar barreiras para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Nos modelos de *pay-for-performance*, os profissionais recebem incentivos financeiros, consoante o seu desempenho. Com a aplicação deste modelo, é expectável que “a monitorização e as transferências monetárias incentivem os profissionais de saúde e as equipas a alinhar o seu comportamento”, com os seguintes objetivos: 1) aumentar a qualidade dos cuidados prestados; 2) implementar práticas de acordo com as orientações clínicas; e 3) melhoria dos resultados de saúde (Houle, McAlister, Jackevicius, Chuck & Tsuyuki, 2012, citados por Pestana *et al.*, 2019, p. 57).

Segundo o Institute of Medicine (2001) todos os métodos de incentivos deveriam ser incentivos para a melhoria da qualidade. Os dirigentes devem identificar formas de reconhecer a qualidade, recompensar a qualidade e suportar a melhoria contínua.

Segundo Braithwaite *et al.* (2017), atualmente existe muita informação e estudos sobre as características de conceção e construção dos indicadores de desempenho. Contudo, a forma como os indicadores são utilizados na prática, bem como o impacto que poderão ter no comportamento dos profissionais de saúde ou sobre a qualidade do cuidado, ainda não existem muitos estudos.

De salientar ainda que, atualmente, segundo o mesmo autor, existem formas distintas de utilizar os indicadores de desempenho, uma para responsabilizar e outra para a melhoria contínua. Internacionalmente existe uma divisão entre os países que se baseiam na comunicação pública dos dados e prestação de contas, como o Reino Unido, e aqueles que não divulgam os resultados publicamente, apenas às organizações, para promover a melhoria contínua.

Os resultados desse estudo referem que a monitorização do desempenho impõe uma pressão sobre as organizações/ serviços para melhorar a prática em saúde. No

entanto, existem poucos estudos que verificam a relação entre indicadores e melhoria, provavelmente por ser difícil atribuir/ relacionar uma mudança, a uma iniciativa ou intervenção. Sugerindo assim o desenvolvimento de mais estudos para avaliar o impacto dos indicadores de desempenho na melhoria contínua.

Izadi *et al.* (2017) realizaram um estudo para medir a qualidade do serviço de cirurgia e de internamento, em ambiente hospitalar. Para tal, utilizaram um questionário do modelo *Importance-performance Analysis*, aplicado aos utentes, que mede o desempenho atual e determina quais os itens mais importantes na perspetiva dos utentes.

O questionário utilizado nesse estudo mede a relação entre a importância do serviço (realidade, fiabilidade, capacidade de resposta, garantia, empatia, responsabilização social, processo de entrega do serviço e organização do serviço) e a perceção do utente sobre o desempenho do prestador de saúde. Fathi *et al.* (2011, citados por Izadi *et al.*, 2017) refere que medir o desempenho atual, permite desenvolver uma estratégia adequada para alcançar o nível ideal de garantia de qualidade, através de elementos chave.

Os resultados desse estudo revelaram uma diferença significativa entre a importância do serviço e o desempenho. Na perspetiva dos utentes, a realidade é a prioridade mais elevada, enquanto a confiabilidade é o indicador mais alto de desempenho. O nível de desempenho menos importante e de importância mais baixa, foi a responsabilidade social. Os autores concluem ainda que os gestores de saúde se devem concentrar mais nos pontos de vista do utente, e colocar em prática os comentários dos utentes para resolver problemas, de forma a melhorar a qualidade do serviço e a satisfação do utente.

Segundo OCDE (2019, p. 13) “o desempenho de um sistema de saúde tem um forte impacto na saúde da população”. Os resultados de saúde são melhores, quando existem serviços de alta qualidade e acessíveis a todos. Mas, para que tal aconteça, é necessário haver gastos na saúde, nomeadamente, melhores remunerações aos profissionais, bem como produtos e serviços para a prevenção e doença. Sendo que, os recursos financeiros devem ser utilizados com eficiência, para que possam ser maximizados.

Concluída a revisão da literatura, com enfoque nos dois conceitos principais deste estudo, qualidade e desempenho em saúde, é primordial desenvolver a metodologia de investigação utilizada.

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Este capítulo deve ser específico e detalhado, de forma a fornecer a informação necessária e suficiente, para que exista confiabilidade e validade dos métodos utilizados no estudo. Deve conter informação relativamente à estrutura da pesquisa, amostra, instrumentos utilizados e procedimentos (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009).

4.1. Objetivos do Estudo

A questão de investigação deve ser a base para formular os objetivos de investigação, que evidenciam a clareza e a direção do estudo (Saunders, *et al.*, 2009).

O objetivo geral do estudo é analisar a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do ACeS Alentejo Central, e o nível desempenho das respetivas unidades funcionais. Definiram-se ainda dois objetivos específicos:

- Analisar se a perceção da qualidade dos profissionais de saúde varia entre os diferentes tipos de unidades funcionais.
- Comparar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades funcionais com o nível de desempenho das respetivas unidades.

4.2. Abordagem de Investigação

O estudo realizado baseia-se numa abordagem quantitativa. A abordagem dedutiva apoia-se em princípios científicos, e possui várias características importantes: “a) procurar explicar as relações causais entre variáveis; b) os conceitos precisam de ser operacionalizados, ou seja, permitir que os factos sejam medidos quantitativamente; c) o investigador deve ser independente do que observa, caracterizado por rigor científico; e d) permitir a generalização estatisticamente, através de amostras de grande dimensão” (Saunders, *et al.*, 2009, p. 125).

O tipo de estudo utilizado é descritivo e exploratório. A maioria dos estudos descritivos limita-se a caracterizar um fenómeno, e tem como objetivo “discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo, relativo a uma população, de forma a estabelecer as características da mesma” (Fortin, 2000, p. 162-164). Neste caso em particular, para responder ao

objetivo específico - analisar se a percepção da qualidade dos profissionais de saúde varia entre os diferentes tipos de unidades funcionais – foi utilizado o tipo de estudo descritivo.

O estudo exploratório permite descobrir o que está a acontecer e procurar novas percepções (Robson, 2002, p. 59, citado por Saunders *et al.*, 2009). Ou seja, é bastante útil para compreender o problema, pois não existe uma causa exata para o problema (Saunders *et al.*, 2009). Este tipo de estudo é bastante útil para compreender o segundo objetivo específico - comparar a percepção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades funcionais com o nível de desempenho das respetivas unidades.

Relativamente ao horizonte temporal é um estudo interseccional, uma vez que o estudo é realizado num único momento, com recolha de informação apenas uma vez.

O estudo centra-se nas Unidades Funcionais do Alentejo Central por questões de acessibilidade e económicas, para a investigadora.

4.3. Variáveis do Estudo

Variável é um atributo que varia dependendo do estudo. A variável dependente é “influenciada por outra variável”, enquanto uma variável independente tem “impacto sobre a outra variável” (Bryman, 2012, pp. 711-712).

Nas variáveis do tipo nominal os “dados não podem ser medidos numericamente, mas podem ser distinguidos por categorias” (Saunders *et al.*, 2009, p. 590). Nas variáveis do tipo ordinal os “dados não podem ser medidos numericamente, mas podem ser colocados por uma ordem/ classificação” (p. 599). Nas variáveis do tipo numérico os “dados são medidos numericamente como quantidades” (p. 596).

O estudo apresenta duas variáveis independentes, uma do tipo nominal e outra do tipo numérico, respetivamente, Unidades Funcionais do ACeS Alentejo Central e Índice de Desempenho Global (IDG).

As variáveis dependentes são todas as dimensões que avaliam a percepção da qualidade: 1) cultura de serviço, 2) liderança, 3) estratégia para o serviço; 4) infraestrutura e recursos externos, 5) informação e conhecimento; 6) processos, 7) gestão do serviço; 8) planeamento de recursos humanos e desenvolvimento de competências, 9) compromisso, 10) condições, satisfação, performance e reconhecimento; e 11) resultados. Todas as variáveis dependentes são do tipo ordinal.

4.4. Amostra

A amostra do estudo é não probabilística por conveniência e intencional. Por conveniência, uma vez que a investigadora exerce funções no ACeS Alentejo Central e intencional, uma vez que os participantes selecionados serão todos aqueles que têm suporte de registo eletrónico suficiente e métricas nos indicadores, que contribuem para o Índice de Desempenho Global das Unidades Funcionais.

Os critérios de inclusão e exclusão da amostra serão: a) inclusão - profissionais que contribuem para os indicadores do Índice de Desempenho Global (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde); e b) exclusão – profissionais da URAP e USP, uma vez que não possuem registos eletrónicos suficientes, nem métricas, para contratualizar indicadores.

Tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão, a população em estudo é de 324 profissionais de saúde, constituída por 135 médicos, 173 enfermeiros, 2 técnicos superiores, 9 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e 5 técnicos superiores de saúde.

A população em estudo encontra-se distribuída por um total de 34 Unidades Funcionais, mais especificamente: 12 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); 9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 8 Unidades de Saúde Familiar (USF) – Modelo A; e 5 USF – Modelo B.

Os dados sociodemográficos recolhidos foram: a) grupo profissional (médicos, enfermeiros, técnicos superiores, técnicos superiores de saúde e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) e b) unidade funcional. Os dados foram colocados no fim do questionário, para não influenciar o tipo de resposta.

4.3. Metodologia de Proteção de Dados

Inicialmente, foi solicitada autorização para realizar o estudo por parte da Diretora Executiva do ACeS Alentejo Central, pois segundo o Art.º 20, n.º 1, do Dec. Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, “é função do Diretor Executivo a representação do ACeS e a gestão dos seus recursos humanos”. Posteriormente, por imposição da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), foi solicitada autorização aos coordenadores das 34 unidades funcionais.

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado, caso a identidade do sujeito não seja associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhuns dos participantes no estudo possam ser reconhecidos nem pelo investigador, nem pelo leitor do estudo (Fortin, 2000).

Segundo o mesmo autor e como os dados irão ser tratados de forma global, em termos médios, o anonimato é facilmente respeitado pela aglomeração suficientemente ampla dos dados no momento de publicação do estudo.

A confidencialidade e ocultação da entidade dos participantes está assegurada, uma vez que quem enviou o *e-mail*, com o *link* de acesso ao questionário *online*, foi o elo de ligação – secretária administrativa da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Alentejo Central. A investigadora é a única que tem acesso aos dados e os mesmos vão ser tratados de forma global, em termos médios, não permitindo identificar os colaboradores.

Os dados são armazenados, apenas, em suporte digital – computador pessoal da investigadora, protegido por *password* - no máximo, até dois anos, após a conclusão da dissertação e, posteriormente destruídos. Não existem registos em papel.

No *e-mail* enviado aos colaboradores foi explicado o objetivo do estudo, a garantia de confidencialidade e anonimato dos participantes e dos dados, bem como um tempo médio de preenchimento do questionário – tempo máximo de 06 minutos.

Os participantes, antes de realizarem o questionário, preencheram um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice I), se aceitam ou não participar no estudo, através de resposta fechada, *online*, com chave dicotómica – sim/ não. Caso não aceitem participar no questionário, os participantes não terão acesso ao questionário.

O consentimento é livre, porque “é fornecido sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão exercida sobre o participante, e é esclarecido, uma vez que respeita o dever de informação”, uma vez que será realizada uma nota informativa do estudo, previamente à tomada de decisão de participar ou não no estudo (Fortin, 2000, p. 120).

É relevante para o estudo saber em que Unidade Funcional o profissional atua, de forma a poder comparar os resultados da perceção da qualidade, recolhidos através do questionário, com os resultados do IDG.

Não existe nenhum risco previsto, pois a investigação não produz nenhum efeito favorável ou desfavorável aos sujeitos, e a investigadora não interage diretamente com

os participantes (Fortin, 2000). Contudo, é requerido um consentimento informado de participação no estudo, a cada participante.

A ARSA e o ACeS Alentejo Central beneficiarão do estudo, uma vez que conseguirão ter acesso a dados gerais sobre o comportamento dos diferentes tipos de unidade, relativamente à perceção da qualidade e nível de desempenho.

Foi ainda solicitado um parecer ao Encarregado de Proteção de Dados, da Universidade de Évora, com o objetivo de validar e aceitar a metodologia de proteção de dados dos participantes e das unidades funcionais que participam no estudo.

O projeto de dissertação foi submetido, avaliado e autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo.

4.4. Recolha de Dados

O estudo é baseado em dados primários e secundários. Os dados primários são os dados recolhidos pelo investigador, enquanto os dados secundários são dados já existentes, recolhidos e analisados por alguém (Bryman, 2012).

A recolha dos dados primários, no presente estudo, foi realizada através do Questionário de Auto Perceção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários (QAP₄CSP) (Apêndice II), adaptado do Questionário de Qualidade, Excelência, Serviço e Autoavaliação (QESA^M), que se encontra validado para a população portuguesa⁴ e disponível *online*⁵, com acesso gratuito e livre, que permite avaliar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde.

Os dados do nível de desempenho são dados secundários, existentes no *site* do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP)⁶, de acesso livre e gratuito.

⁴ https://gesa.pt/static/files/Questionario_QESAM.pdf. Publicado em: Rodrigues, I., d'Orey, J. & Pereira, N. (2018). QESM – Sistema de Reconhecimento da Qualidade e Excelência de Serviço na Região Autónoma da Madeira. p. 6 – 10. In: Associação Portuguesa para a Qualidade (2018). *Qualidade*, n.º4.

⁵ Região Autónoma da Madeira (2017). *Manual de Apoio à Autoavaliação da Qualidade e Excelência de Serviço e Apresentação de Candidaturas*. Disponível em https://gesa.pt/static/files/Manual_QESM_09032018.pdf

⁶ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

4.4.1. Instrumentos

O Questionário de Auto Percepção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários (QAP₄CSP) foi adaptado do Questionário de Qualidade, Excelência, Serviço e Autoavaliação (QESA^M), uma vez que apenas se foca na avaliação do serviço e no cliente interno (profissionais de saúde), excluindo as dimensões relacionadas com o cliente externo.

O questionário utilizado é uma autoavaliação, realizada por cada profissional de saúde, sobre a qualidade e excelência do serviço, que tem como principal objetivo identificar e compreender o nível de qualidade do serviço (Região Autónoma da Madeira, 2017).

O QAP₄CSP avalia a percepção da qualidade dos profissionais de saúde, através de 25 itens, relativamente a: 1) condições (6 itens); 2) recursos (4 itens); 3) serviço (4 itens); 4) foco nos colaboradores (6 itens); e 5) resultados alcançados (5 itens).

A dimensão condições “avalia as condições das organizações para a prestação de um serviço de qualidade, nomeadamente a existência de uma cultura e de uma liderança orientada para o serviço, bem como de uma estratégia para a qualidade de serviço” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 9).

A segunda dimensão do questionário, recursos, “centra-se na infraestrutura interna e recursos externos que suportam a qualidade de serviço, englobando igualmente a forma como os fornecedores e as subcontratações são geridos de modo a assegurar os níveis de qualidade de serviço pretendidos. Aborda ainda a forma como a organização gere a informação e o conhecimento neste domínio” (p. 9).

Relativamente à dimensão serviço, avalia a “forma como é planeado, entregue e melhorado o serviço, nomeadamente na avaliação dos processos que lhe estão associados e da gestão do serviço, incluindo a gestão das reclamações” (p. 9).

A dimensão de foco nos colaboradores “avalia o planeamento que a organização efetua ao nível dos recursos humanos e o desenvolvimento de competências no domínio da qualidade de serviço e da gestão da experiência do cliente. Avalia ainda as abordagens implementadas e ambiente organizacional para promover o envolvimento dos colaboradores na qualidade de serviço e a forma como reconhece e premeia os seus esforços neste âmbito” (p. 9).

A última dimensão, resultados alcançados, avalia, “os resultados alcançados pela organização, e correspondentes tendências, relativos aos níveis globais de qualidade de

serviço, satisfação, lealdade e retenção dos clientes, satisfação dos colaboradores e seu envolvimento e orientação para a qualidade de serviço. Avalia ainda os resultados alcançados pela organização ao nível dos indicadores dos processos chave para a qualidade de serviço e os resultados financeiros alcançados, associados à vertente de serviço” (p. 9).

O questionário é composto por questões fechadas, sendo a resposta numa escala de 1 a 6, variando de “*sem abordagem*” a “*totalmente alcançado*”, do bloco 1 a 4, sendo atribuída a seguinte pontuação nas respostas:

- 1 ponto: sem abordagem;
- 2 pontos: em fase inicial;
- 3 pontos: algum progresso;
- 4 pontos: progresso consistente;
- 5 pontos: progresso assinalável;
- 6 pontos: totalmente alcançável.

A primeira opção de resposta, sem abordagem, significa que “não se verifica a aplicação. É possível que existam algumas ideias sobre o assunto, mas não houve ainda progresso para além da idealização” (p. 11).

A resposta, em fase inicial, indica que “existe alguma evidência de que algo útil começa a acontecer, mas são ainda somente situações pontuais de implementação bem-sucedida” (p. 11).

A opção de resposta, algum progresso, “evidência que o assunto está a ser abordado, porém a implementação da abordagem ainda não alcançou metade de todas as áreas relevantes” (p. 11).

Relativamente à resposta, progresso consistente, significa que “o progresso apresenta um padrão consistente de evolução, tendo sido já ultrapassada a implementação da abordagem em mais de metade de todas as áreas relevantes” (p. 11).

A resposta progresso assinalável demonstra uma “evidência muito clara de que o assunto está a ser bem trabalhado. São já efetuadas revisões regulares e rotineiras e há melhorias evidenciadas. Contudo, a abordagem não está ainda desdobrada, com todo o seu potencial, em todas as áreas relevantes” (p. 11).

A última opção, totalmente alcançado, refere que “a abordagem é notável e tem vindo a ser aplicada globalmente, em todo o seu potencial. Alcançou-se uma solução exemplar tornando-se difícil identificar futuras melhorias significativas” (p. 11).

Relativamente à última dimensão avaliada, que se refere aos resultados alcançados, a opção de resposta é igualmente de 1 a 6, mas difere na terminologia, entre “inexistentes” e “excelentes”.

A atribuição de pontuações nesta dimensão é realizada da seguinte forma:

- 1 ponto: inexistentes;
- 2 pontos: limitados;
- 3 pontos: razoáveis;
- 4 pontos: bons;
- 5 pontos: muito bons;
- 6 pontos: excelentes.

A resposta inexistentes refere que “não há recolha sistemática de dados. É possível que existam alguns resultados, mas não são medidos, recolhidos e analisados de forma estruturada” (p. 11).

A segunda opção de resposta, limitados, significa que “existem dados recolhidos para algumas áreas relevantes. Contudo, a grande maioria dos resultados importantes não são identificados nem medidos” (p. 11).

A opção de resposta, razoáveis, indica que “os resultados chave estão identificados e são medidos. Contudo, os valores alcançados são apenas razoáveis” (p. 11).

Relativamente à resposta bons, refere que “os resultados chave estão identificados e são medidos. Os resultados são consistentes com a estratégia da organização e os valores alcançados são bons” (p. 12).

Em relação à resposta muito bons, demonstra que “os resultados chave são identificados e medidos. Os resultados são muito bons e as metas são alcançadas para a maioria dos resultados-chave” (p. 12).

A última resposta, excelentes, refere que “são apresentados resultados e estabelecida a sua relevância, para todas as áreas chave. As metas são alcançadas para todos os resultados-chave. As relações entre todos os resultados-chave são claramente compreendidas. Desempenho excelente da organização” (p. 12).

As perguntas fechadas demonstram várias vantagens, nomeadamente: a) facilidade de processar respostas informaticamente; b) melhoram a comparabilidade das respostas; c) podem esclarecer o significado de uma pergunta para os participantes; d) são fáceis de completar para os participantes (Bryman, 2012).

O *link* do questionário foi enviado no *email* a cada participante pelo elo de ligação, de forma a garantir o anonimato de cada participante. O questionário esteve disponível na plataforma Google Forms®.

Um método de pesquisa baseado na comunicação é aquele em que o *e-mail* é a plataforma a partir da qual é lançado o instrumento de colheita de dados (Bryman, 2012).

Segundo o mesmo autor, a recolha de dados *online*, comparativamente aos métodos tradicionais, apresenta inúmeras vantagens, tais como: 1) mais económica em termos de tempo e dinheiro; 2) alcança um grande número de pessoas com muita facilidade; 3) a distância não é problema, desde que o participante da pesquisa tenha acesso a um computador com internet; 4) os dados podem ser recolhidos e compilados muito rapidamente.

O IDG é um instrumento que permite monitorizar e avaliar a contratualização interna (nível de desempenho), de cada unidade funcional, que traduz os procedimentos e resultados, através dos registos eletrónicos e as métricas definidas para cada indicador, em resultados quantitativos de 0 a 100 (ACSS, 2019).

A avaliação de desempenho baseia-se numa matriz multidimensional, composta por áreas, subáreas e dimensões, permitindo ter uma visão sobre o desempenho global de cada unidade funcional. “Para cada área da matriz multidimensional definem-se diferentes subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados” (p. 20).

Tendo por base o mesmo autor, as áreas existentes são: desempenho assistencial; serviços; qualidade organizacional; formação profissional; e atividade científica. A área qualidade organizacional tem pouco impacto no cálculo do IDG. Cada unidade funcional contratualiza apenas 4 áreas de avaliação, entre as cinco áreas disponíveis, e dentro de cada área, quais as sub-áreas e dimensões a avaliar.

A área qualidade organizacional é composta por três sub-áreas, nomeadamente, melhoria contínua da qualidade, segurança e centralidade no cidadão. Mas apenas as duas dimensões da sub-área melhoria contínua da qualidade, e a dimensão segurança dos profissionais, têm impacto no IDG (ACSS, 2019).

“As UF que no período em análise estejam acreditadas no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto) têm o valor máximo de IDS” (p. 30).

Existe uma matriz de indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, e cada Unidade Funcional, utiliza e contratualiza indicadores dessa matriz, em cada sub-área e dimensão. O valor do IDG é calculado através da “soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D)”, sendo valor obtido através de uma “escala contínua real” (0 a 100) (p. 20).

4.4.2. Análise Estatística

Primeiramente, a análise estatística foi descritiva. A informação descritiva relevante para variáveis métricas inclui “medidas de localização, dispersão, simetria, achatamento, concentração, complementadas por representações gráficas apropriadas” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 81). No presente estudo, estas medidas serão analisadas em termos médios de forma global, para não comprometer o anonimato dos participantes e respetivas unidades funcionais.

Após a análise das frequências das respostas ao QAP₄CSP, de todos os itens do questionário, por unidade funcional, aplicou-se o teste paramétrico ANOVA ou a alternativa não paramétrica, teste de Kruskal-Wallis.

O teste ANOVA “analisa o efeito do fator na variável, testando se as médias em cada categoria do fator são ou não iguais entre si” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 1008). Para que seja aplicado este teste, tem de existir normalidade e homogeneidade de variâncias nos grupos.

Se os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias nos grupos não tiverem garantidos, aplica-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que permite “comparar a distribuição de duas ou mais variáveis, de nível pelo menos ordinal, em duas ou mais amostras independentes” (p. 952).

Para avaliar a normalidade dos grupos, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que “analisa a distribuição de uma variável ordinal nas categorias de uma variável dicotómica” (p. 956).

Após averiguar a normalidade dos grupos, verifica-se a homogeneidade de variâncias dos grupos, através do teste de Levene que “mede a igualdade de variâncias para um único par de variáveis” (Saunders *et al.*, 2009, p. 463).

De seguida, aplicou-se o Teste de independência Qui-Quadrado de Pearson, de forma a verificar se existe relação entre as duas variáveis qualitativas (Pestana & Gageiro, 2014), pretendendo-se testar se existem diferenças entre as unidades funcionais e os diferentes perfis profissionais.

Posteriormente, realizou-se a Correlação de Spearman, utilizada em variáveis do tipo ordinal, para testar se existe correlação forte e estatisticamente significativa entre as variáveis de medida da qualidade e o IDG. A correlação pode variar entre -1 e +1, sendo que quando mais próximo o valor estiver do extremo, maior será a correlação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014, p. 345).

De seguida, importou também verificar a validade e a confiabilidade do estudo. A validade preocupa-se com a “integridade das conclusões criadas a partir da investigação”, ou seja, verifica se um conceito reflete outro. Para tal, verifica-se a validade interna do estudo, para confirmar se a variável independente é responsável, pelo menos de uma parte, da variação da variável dependente, ou seja, se existe ou não uma relação causal entre as duas variáveis (Bryman, 2012, p. 47).

De forma a verificar a confiabilidade interna do estudo, utilizou-se o Teste de Alfa de Cronbach, que irá “calcular a média de todos os possíveis coeficientes de confiabilidade”, e “variará entre 1 (indicador de confiabilidade interna perfeita) e 0 (indicador de ausência de confiabilidade interna)” (Bryman, 2012, p. 170). O objetivo é avaliar, através das respostas obtidas no questionário, o grau de confiabilidade do instrumento (Almeida, Santos & Costa, 2010).

O questionário é válido e, portanto, confiável, quando mede o que se pretende. Por norma, quando o mesmo conceito é explorado em cada item, o valor de Alfa de Cronbach é elevado (p. 3 e p. 5).

Para terminar a análise estatística, após a análise da Correlação de Spearman e o Teste de Alpha de Cronbach, efetuou-se uma análise fatorial, para observar quais as variáveis que explicam melhor o estudo.

A análise fatorial é uma “técnica multivariada que permite a redução de um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, num pequeno número de componentes ou de fatores, resumindo-as e facilitando a interpretação” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 516).

Para continuar a análise fatorial, determinou-se a qualidade das correlações do modelo, através do Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO), com o objetivo de compreender quais as variáveis de cada fator, aplicou-se o método Varimax, que “minimiza o número de variáveis com elevados *loadings* num fator” (p. 524).

Em todas as análises estatísticas utilizou-se um nível de significância estatística de 5%, rejeitando-se a hipótese nula dos testes se valor-*p* (probabilidade da diferença observada se dever ao acaso) for superior a 0,05.

A análise estatística vai ser realizada através das seguintes ferramentas: IBM SPSS® Statistics 24 e Microsoft Excel®.

Após a descrição da metodologia de investigação utilizada no estudo, prossegue-se para a análise e a discussão dos resultados obtidos no mesmo.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O QAP₄CSP foi enviado, via *e-mail*, a todos os profissionais de saúde incluídos no estudo (N = 324), a 09 de março de 2020, após a autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA, e disponibilidade do elo de ligação. Inicialmente estava planeada a recolha de dados durante todo o mês de março mas, face à pandemia mundial vivida, os dados foram recolhidos de 09 de março de 2020 a 19 de março de 2020, após a declaração de estado de emergência.

Os valores de IDG utilizados no estudo serão os valores de dezembro de 2019, uma vez que são estes valores que permitem avaliar o desempenho das unidades e que servem para estabelecer as metas de contratualização do ano seguinte, e os respetivos incentivos financeiros relativamente a esse ano. Os dados são de acesso livre e estão disponíveis *online*.

Após a recolha dos dados, construiu-se uma base de dados no *software* IBM SPSS® Statistics 24 e Microsoft Excel®.

5.1. Caracterização da Amostra

A amostra do estudo corresponde a um total de 112 respondentes, distribuídos por 29 Unidades Funcionais.

A tabela 1 caracteriza a população e a amostra do estudo, relativamente ao grupo profissional.

Tabela 1 - Caracterização da população e amostra por grupo profissional do ACeS AC

		Médicos	Enfermeiros	TS	TSDT	TSS
População	324	135	173	2	9	5
Distribuição na população geral (%)		41,66	53,39	0,61	2,77	1,54
Taxa de resposta (%)	34,56	22,22	41,04	100,00	66,66	60,00
Amostra	112	30	71	2	6	3
Distribuição da amostra (%)		26,79	63,39	1,79	5,36	2,68
Comparação: População vs Amostra		Amostra subrepresentada	Amostra sobrepresentada	Amostra sobrepresentada	Amostra sobrepresentada	Amostra sobrepresentada

Fonte: Elaboração Própria

Notas: vs – *versus*; TS – Técnico Superior; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde

A tabela 1 permite visualizar que da população de 324 profissionais de saúde, apenas responderam 112, sendo a taxa de resposta de 34,56%, sendo a maioria da população constituída por 2 grupos profissionais, médicos (41,66%) e enfermeiros (53,39%), refletindo-se a sua distribuição na amostra, em percentagem, de 26,79% para médicos e 63,39% para enfermeiros.

A caracterização da população *versus* a amostra permite verificar que todos os grupos profissionais estão sobre-representados, à exceção do grupo profissional dos médicos, que se encontra sub-representado.

A tabela 2 caracteriza a população e a amostra do estudo, relativamente à unidade funcional (UF).

Tabela 2 - Caracterização da população e da amostra por UF do ACeS AC

Unidade Funcional	Unidades Esperadas	Unidades Obtidas	Taxa de resposta por UF (%)	Distribuição da População esperada (%)	Distribuição da Amostra (%)
UCC	12	10	83,33	35,29	34,48
UCSP	9	7	77,78	26,47	24,14
USF-A	8	7	87,50	23,53	24,14
USF-B	5	5	100	14,71	17,24
Total	34	29			

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar.

A tabela 2 permite verificar que das 34 unidades funcionais esperadas, responderam 29, sendo que as USF-B tiveram a maior taxa de resposta (100%), em seguida as USF-A (87,50%), em terceiro lugar as UCC (83,33%), e por fim as UCSP (77,78%). É possível ainda verificar que as UCC apresentaram a maior distribuição da amostra (34,48%), muito perto do valor da distribuição da população esperada (35,29%).

A caracterização da população *versus* a amostra permite constatar que:

- o número de UCC estão bem representadas (ligeira sub-representação) comparando a distribuição da população e a obtida na amostra;
- o número de UCSP estão sub-representadas comparando a distribuição da população e a obtida na amostra;

- o número de USF-A estão bem representadas (ligeira sobrerepresentação) comparando a distribuição da população e a obtida na amostra;
- o número de USF-B estão sobrerepresentadas comparando a distribuição da população e a obtida na amostra.

A tabela 3 permite visualizar a distribuição do número de profissionais por unidade funcional (UF).

Tabela 3 - Distribuição do nr.º de profissionais por UF da ACeS AC

Unidade Funcional	N.º de respostas esperadas	N.º de respostas obtidas	Taxa de resposta do n.º de profissionais por cada UF (%)	Distribuição da população esperada (%)	Distribuição da Amostra (%)
UCC	79	43	54,43	24,38	38,39
UCSP	64	17	26,56	19,75	15,18
USF-A	91	22	24,18	28,90	19,64
USF-B	90	30	33,33	27,78	26,79
Total	324	112			

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar.

A tabela 3 permite verificar que as UCC obtiveram o maior número de respostas (n= 43), e as UCSP o menor número (n= 17), no entanto relativamente à taxa de resposta do n.º de profissionais por cada Unidade Funcional, verifica-se que as USF-A, apresentam a percentagem mais baixa (24,18%), por ter uma população maior. É possível ainda verificar que, a nível da distribuição da amostra, as UCC são o único tipo de Unidade de Funcional, que apresenta uma percentagem superior (38,39%), comparativamente à distribuição da população esperada (24,38%), e que as USF-B, apresenta uma distribuição mais semelhante entre a amostra (26,79%) e a população esperada (27,78%).

A distribuição do número de profissionais por unidade funcional permite observar que:

- os profissionais das UCC estão sobrerepresentados na amostra - significa que houve mais profissionais das UCC a responder do que os profissionais das outras UF;
- os profissionais das UCSP estão subrepresentados na amostra - significa que houve menos profissionais das UCSP a responder do que era esperado;
- os profissionais das USF-A estão subrepresentados na amostra - significa que houve menos profissionais das USF-A a responder do que era esperado;

- os profissionais das USF-B estão bem representados na amostra – significa que a distribuição amostral é muito semelhante à população.

A amostra tem um n de 112, distribuída por 4 Unidades Funcionais – UCC (43); UCSP (17); USF-A (22); e USF-B (30). De seguida, na tabela 4, apresentam-se as frequências de resposta ao QAP₄CSP, distribuídas pelas 6 opções de resposta, de forma global e por Unidade Funcional.

Tabela 4 - Frequências do QAP₄CSP

n = 112		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cultura de Serviço	Item 1	4,5	5	8,0	9	43,8	49	29,5	33	9,8	11	4,5	5
	Item 2	2,7	3	16,1	18	41,1	46	25,0	28	12,5	14	2,7	3
Liderança	Item 3	8,0	9	17,0	19	39,3	44	22,3	25	12,5	14	0,9	1
	Item 4	7,1	8	19,6	22	35,7	40	27,7	31	7,1	8	2,7	3
Estratégia para o Serviço	Item 5	4,5	5	11,6	13	30,4	34	36,6	41	13,4	15	3,6	4
	Item 6	7,1	8	14,3	16	39,3	44	26,8	30	8,9	10	3,6	4
Infraestrutura e Recursos Externos	Item 7	8,0	9	17,0	19	38,4	43	25,9	29	7,1	8	3,6	4
	Item 8	13,4	15	22,3	25	37,5	42	19,6	22	5,4	6	1,8	2
Informação e Conhecimento	Item 9	8,9	10	25,0	28	33,9	38	20,5	23	8,9	10	2,7	3
	Item 10	13,4	15	26,8	30	33,0	37	18,8	21	5,4	6	2,7	3
Processos	Item 11	3,6	4	23,2	26	37,5	42	20,5	23	13,4	15	1,8	2
	Item 12	7,1	8	25,9	29	35,7	40	20,5	23	7,1	8	3,6	4
Gestão do Serviço	Item 13	8,0	9	19,6	22	35,7	40	28,6	32	6,3	7	1,8	2
	Item 14	7,1	8	12,5	14	28,6	32	42,0	47	5,4	6	4,5	5
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	Item 15	8,9	10	20,5	23	37,5	42	23,2	26	8,0	9	1,8	2
	Item 16	7,1	8	19,6	22	39,3	44	22,3	25	9,8	11	1,8	2
Compromisso	Item 17	6,3	7	23,2	26	38,4	43	19,6	22	10,7	12	1,8	2
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	Item 18	9,8	11	22,3	25	33,0	37	24,1	27	8,0	9	2,7	3
	Item 19	24,1	27	30,4	34	26,8	30	14,3	16	2,7	3	1,8	2
	Item 20	37,5	42	24,1	27	24,1	27	9,8	11	2,7	3	1,8	2

		Inexistentes		Limitados		Razoáveis		Bons		Muito Bons		Excelentes	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Resultados	Item 21	4,5	5	23,2	26	37,5	42	25,0	28	8,9	10	0,9	1
	Item 22	8,9	10	17,9	20	36,6	41	29,5	33	4,5	5	2,7	3
	Item 23	8,0	9	24,1	27	39,3	44	21,4	24	5,4	6	1,8	2
	Item 24	4,5	5	25,9	29	35,7	40	24,1	27	8,9	10	0,9	1
	Item 25	8,9	10	33,9	38	33,9	38	17,0	19	5,4	6	0,9	1

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 4 permitiu observar que a maioria das respostas, em todas as dimensões da qualidade, são “algum progresso”, como por exemplo, na dimensão cultura de serviço, item 1 (43,8%) e 2 (41,1%), bem como na dimensão processos, item 11 (37,5%) e 12 (35,7%). A segunda resposta com maior percentagem foi “progresso consistente, na maioria das dimensões, por exemplo, na dimensão liderança, item 3 (22,3%) e 4 (27,7%). No entanto, 6 dos 25 itens, apresentam como segunda opção de resposta, “em fase inicial”, designadamente os itens: 8 (22,3%), 9 (25%), 10 (26,8%), 11 (23,2%), 12 (25,9%) e 17 (23,2%).

Os resultados apresentados demonstram que a maioria das dimensões da qualidade é percecionada maioritariamente em “algum progresso”, e a segunda opção de resposta com maior perceção é “progresso consistente”, com exceção dos itens 8, 9, 10, 11, 12 e 17 em que a segunda opção de resposta foi “em fase inicial”. De salientar ainda que, os itens 5 (36,6) e 14 (42%), apresentaram a percentagem de perceção de qualidade mais alta, classificada como “progresso consistente”.

A resposta “algum progresso” significa que há “evidência de que o assunto está a ser abordado, porém a implementação da abordagem ainda não alcançou metade de todas as áreas relevantes” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

Na dimensão de resultados, a terminologia de resposta é diferente, sendo a maioria caracterizada pela resposta “razoáveis”, que varia entre os 33,9% e os 39,3% de resposta, e a segunda opção de resposta “limitados”, com percentagens entre os 24,1%, para o item 23 e os 33,9% para o item 25, com exceção dos itens 21 e 22, em que a segunda opção de resposta foi “bons”, com as respetivas percentagens, 25% e 29,5%.

A resposta “razoáveis” expressa que “os resultados chave estão identificados e são medidos. Contudo, os valores alcançados são apenas razoáveis” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

De realçar, que o item 5 pretende obter informação sobre se “a organização possui estratégias definidas para o serviço, com objetivos e metas específicos para a qualidade de serviço, que se encontram alinhados com os seus objetivos e metas globais”. Provavelmente, a amostra percebeu de forma mais elevada este item, devido à existência do Índice de Desempenho Global, e tudo o que lhe é inerente, para cada Unidade Funcional.

O item 14 refere-se à gestão de reclamações, que atualmente, é realizada pela Entidade Reguladora da Saúde, sendo por isso, o provável motivo da resposta “progresso consistente”, por parte dos respondentes.

As dimensões informação e conhecimento, processos e compromisso, variam a percepção da qualidade entre “em fase inicial” e “algum progresso”.

A dimensão condições, satisfação, performance e reconhecimento, composta por três itens, apresenta 2 itens (19 e 20) em que a maioria das respostas varia entre “sem abordagem” e “em fase inicial”, sendo os itens com percepção da qualidade mais baixos.

De seguida, analisou-se as frequências do QAP₄CSP, por unidade funcional, pela seguinte ordem, UCC, UCSP, USF-A e USF-B.

A tabela 5 apresenta as frequências de resposta dos profissionais de saúde das UCC ao QAP₄CSP.

Tabela 5 – Frequências das UCC do QAP₄CSP

n = 43		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cultura de Serviço	Item 1	4,7	2	7,0	3	51,2	22	23,3	10	11,6	5	2,3	1
	Item 2	2,3	1	18,6	8	46,5	20	18,6	8	11,6	5	2,3	1
Liderança	Item 3	9,3	4	18,6	8	41,9	18	16,3	7	11,6	5	2,3	1
	Item 4	9,3	4	23,3	10	32,6	14	25,6	11	4,7	2	4,7	2
Estratégia para o Serviço	Item 5	4,7	2	20,9	9	27,9	12	37,2	16	7,0	3	2,3	1
	Item 6	7,0	3	25,6	11	34,9	15	25,6	11	4,7	2	2,3	1
Infraestrutura e Recursos Externos	Item 7	4,7	2	20,9	9	41,9	18	27,9	12	2,3	1	2,3	1
	Item 8	14,0	6	27,9	12	32,6	14	20,9	9	2,3	1	2,3	1
Informação e Conhecimento	Item 9	9,3	4	37,2	16	39,5	17	9,3	4	2,3	1	2,3	1
	Item 10	11,6	5	37,2	16	34,9	15	9,3	4	4,7	2	2,3	1
Processos	Item 11	2,3	1	30,2	13	48,8	21	11,6	5	4,7	2	2,3	1
	Item 12	4,7	2	25,6	11	55,8	24	7,0	3	4,7	2	2,3	1
Gestão do Serviço	Item 13	11,6	5	18,6	8	41,9	18	23,3	10	2,3	1	2,3	1
	Item 14	11,6	5	20,9	9	27,9	12	37,2	16	0	0	2,3	1
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	Item 15	4,7	2	30,2	13	39,5	17	20,9	9	2,3	1	2,3	1
	Item 16	2,3	1	25,6	11	37,2	16	32,6	14	0	0	2,3	1

Continuação n = 43		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Compromisso	Item 17	4,7	2	32,6	14	44,2	19	14,0	6	2,3	1	2,3	1
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	Item 18	7,0	3	27,9	12	37,2	16	20,9	9	4,7	2	2,3	1
	Item 19	25,6	11	41,9	18	23,3	10	7,0	3	0	0	2,3	1
	Item 20	41,9	18	34,9	15	18,6	8	2,3	1	0	0	2,3	1
		Inexistentes		Limitados		Razoáveis		Bons		Muito Bons		Excelentes	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Resultados	Item 21	4,7	2	30,2	13	34,9	15	27,9	12	0	0	2,3	1
	Item 22	11,6	5	20,9	9	37,2	16	27,9	12	0	0	2,3	1
	Item 23	9,3	4	25,6	11	41,9	18	20,9	9	0	0	2,3	1
	Item 24	4,7	2	30,2	13	34,9	15	25,6	11	2,3	1	2,3	1
	Item 25	11,6	5	34,9	15	44,2	19	7,0	3	0	0	2,3	1

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 5 demonstra que a maioria dos profissionais de saúde das UCC, qualifica as diferentes dimensões da qualidade como “algum progresso”, como por exemplo na dimensão infraestrutura e recursos externos, item 7 (41,9%) e item 8 (32,6%), e relativamente à dimensão resultados, a maioria dos profissionais classificou de razoáveis, como por exemplo item 23 (41,9%) e 25 (44,2%).

As dimensões com percepções mais elevadas são:

- Cultura de serviço, itens: 1 (51,2%, algum progresso) e 2 (46,5%, algum progresso);
- Estratégia para o serviço, itens: 5 (37,2%, progresso consistente) e 6 (34,9%, algum progresso);
- Gestão do serviço, itens: 13 (41,9%, algum progresso) e 14 (37,2%, progresso consistente).

A dimensão com percepção mais baixa é:

- Condições, satisfação, *performance* e reconhecimento, itens: 18 (27,9%, em fase inicial), 19 (41,9%, em fase inicial) e 20 (41,9%, sem abordagem).

A dimensão resultados varia entre valores relativamente próximos, para as respostas limitados e razoáveis, por exemplo, itens 21 e 24: limitados (30,2%) e razoáveis (34,9%).

Os resultados apresentados demonstram que a maioria dos respondentes qualifica a qualidade, de forma geral, em “algum progresso”/ “razoáveis”. As dimensões com percepções mais elevadas são: cultura de serviço; estratégia para o serviço; e gestão do

serviço, sendo que as respostas variam entre “algum progresso” e “progresso consistente”.

A dimensão condições, satisfação, *performance* e reconhecimento apresenta a qualificação mais baixa, variando entre “sem abordagem” e “em fase inicial”. Em relação à dimensão resultados, oscilam entre “limitados” e “razoáveis”, revelando uma percepção mais baixa desta dimensão, comparativamente às restantes.

A tabela 6 apresenta as frequências de resposta dos profissionais de saúde das UCSP ao QAP₄CSP.

Tabela 6 – Frequências das UCSP do QAP₄CSP

n = 17		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cultura de Serviço	Item 1	5,9	1	17,6	3	41,2	7	35,3	6	0	0	0	0
	Item 2	5,9	1	23,5	4	35,3	6	35,3	6	0	0	0	0
Liderança	Item 3	5,9	1	17,6	3	47,1	8	23,5	4	5,9	1	0	0
	Item 4	5,9	1	11,8	2	52,9	9	23,5	4	5,9	1	0	0
Estratégia para o Serviço	Item 5	17,6	3	5,9	1	35,3	6	29,4	5	11,8	2	0	0
	Item 6	11,8	2	11,8	2	52,9	9	11,8	2	11,8	2	0	0
Infraestrutura e Recursos Externos	Item 7	17,6	3	5,9	1	23,5	4	35,3	6	17,6	3	0	0
	Item 8	17,6	3	17,6	3	17,6	3	35,3	6	5,9	1	5,9	1
Informação e Conhecimento	Item 9	11,8	2	17,6	3	41,2	7	23,5	4	5,9	1	0	0
	Item 10	23,5	4	11,8	2	41,2	7	23,5	4	0	0	0	0
Processos	Item 11	11,8	2	23,5	4	29,4	5	17,6	3	17,6	3	0	0
	Item 12	17,6	3	23,5	4	17,6	3	35,3	6	5,9	1	0	0
Gestão do Serviço	Item 13	11,8	2	35,3	6	17,6	3	23,5	4	11,8	2	0	0
	Item 14	11,8	2	5,9	1	17,6	3	47,1	8	17,6	3	0	0
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	Item 15	23,5	4	17,6	3	23,5	4	23,5	4	11,8	2	0	0
	Item 16	11,8	2	23,5	4	41,2	7	5,9	1	17,6	3	0	0
Compromisso	Item 17	17,6	3	11,8	2	35,3	6	11,8	2	23,5	4	0	0
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	Item 18	17,6	3	11,8	2	35,3	6	29,4	5	5,9	1	0	0
	Item 19	29,4	5	23,5	4	29,4	5	17,6	3	0	0	0	0
	Item 20	41,2	7	11,8	2	35,3	6	11,8	2	0	0	0	0
		Inexistentes		Limitados		Razoáveis		Bons		Muito Bons		Excelentes	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Resultados	Item 21	11,8	2	23,5	4	41,2	7	17,6	3	5,9	1	0	0
	Item 22	17,6	3	17,6	3	47,1	8	11,8	2	5,9	1	0	0
	Item 23	17,6	3	17,6	3	52,9	9	5,9	1	5,9	1	0	0
	Item 24	11,8	2	35,3	6	35,3	6	11,8	2	5,9	1	0	0
	Item 25	11,8	2	47,1	8	23,5	4	5,9	1	11,8	2	0	0

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 6 demonstra que a maioria dos profissionais de saúde das UCSP, qualifica as diferentes dimensões da qualidade como “algum progresso”, como por exemplo na dimensão cultura de serviço, item 1 (41,2%) e item 2 (35,3%), e relativamente à dimensão resultados, a maioria dos profissionais classificou de razoáveis, como por exemplo item 22 (47,1%) e 23 (52,9%).

As dimensões com percepções mais elevadas são:

- Cultura de serviço, itens: 1 (41,2%, algum progresso) e 2 (35,3%, progresso consistente);
- Liderança, itens: 3 (47,1%, progresso consistente) e 4 (52,9%, algum progresso);
- Infraestrutura e recursos externos, itens: 7 (35,3%, progresso consistente) e 8 (35,3%, progresso consistente).

A dimensão com percepção mais baixa é:

- Condições, satisfação, *performance* e reconhecimento, itens: 18 (35,3%, algum progresso), 19 (29,4%, algum progresso) e 20 (35,3%, algum progresso).

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos inquiridos caracteriza as dimensões da qualidade em “algum progresso” e os resultados em “razoáveis”. As dimensões como maior percepção da qualidade são: cultura de serviço; liderança; infraestrutura e recursos externos; e informação e conhecimento.

A dimensão condições, satisfação, *performance* e reconhecimento continua a ser a que apresenta pior qualificação.

Verifica-se que a dimensão resultados varia entre as respostas “limitados” e “razoáveis”, sendo que no último item, a maior percentagem de resposta é a segunda opção, “limitados” (47,1%).

A tabela 7 apresenta as frequências de resposta dos profissionais de saúde das USF-A ao QAP₄CSP.

Tabela 7 - Frequências das USF - A do QAP₄CSP

n = 22		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cultura de Serviço	Item 1	4,5	1	4,5	1	54,5	12	22,7	5	4,5	1	9,1	2
	Item 2	4,5	1	4,5	1	50,0	11	27,3	6	9,1	2	4,5	1
Liderança	Item 3	4,5	1	18,2	4	50,0	11	13,6	3	13,6	3	0	0
	Item 4	4,5	1	18,2	4	45,5	10	18,2	4	9,1	2	4,5	1
Estratégia para o Serviço	Item 5	0	0	9,1	2	40,9	9	31,8	7	4,5	1	13,6	3
	Item 6	9,1	2	13,6	3	36,4	8	22,7	5	4,5	1	13,6	3
Infraestrutura e Recursos Externos	Item 7	9,1	2	13,6	3	27,3	6	27,3	6	9,1	2	13,6	3
	Item 8	13,6	3	18,2	4	45,5	10	9,1	2	13,6	3	0	0
Informação e Conhecimento	Item 9	13,6	3	22,7	5	31,8	7	18,2	4	4,5	1	9,1	2
	Item 10	22,7	5	22,7	5	22,7	5	18,2	4	9,1	2	4,5	1
Processos	Item 11	4,5	1	22,7	5	27,3	6	27,3	6	13,6	3	4,5	1
	Item 12	4,5	1	31,8	7	22,7	5	27,3	6	4,5	1	9,1	2
Gestão do Serviço	Item 13	4,5	1	18,2	4	40,9	9	22,7	5	9,1	2	4,5	1
	Item 14	0	0	13,6	3	27,3	6	45,5	10	0	0	13,6	3
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	Item 15	13,6	3	13,6	3	40,9	9	18,2	4	9,1	2	4,5	1
	Item 16	13,6	3	13,6	3	36,4	8	22,7	5	9,1	2	4,5	1
Compromisso	Item 17	9,1	2	13,6	3	36,4	8	27,3	6	9,1	2	4,5	1
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	Item 18	9,1	2	22,7	5	45,5	10	9,1	2	4,5	1	9,1	2
	Item 19	13,6	3	31,8	7	27,3	6	18,2	4	4,5	1	4,5	1
	Item 20	27,3	6	27,3	6	13,6	3	18,2	4	9,1	2	4,5	1
		Inexistentes		Limitados		Razoáveis		Bons		Muito Bons		Excelentes	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Resultados	Item 21	4,5	1	18,2	4	45,5	10	13,6	3	18,2	4	0	0
	Item 22	4,5	1	13,6	3	36,4	8	31,8	7	9,1	2	4,5	1
	Item 23	4,5	1	27,3	6	31,8	7	22,7	5	9,1	2	4,5	1
	Item 24	4,5	1	18,2	4	50,0	11	18,2	4	9,1	2	0	0
	Item 25	4,5	1	31,8	7	27,3	6	27,3	6	9,1	2	0	0

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 7 demonstra que a maioria dos profissionais de saúde das USF-A qualifica as diferentes dimensões da qualidade como “algum progresso”, como por exemplo na dimensão liderança, item 3 (50%) e item 4 (45,5%), e relativamente à dimensão resultados, a maioria dos profissionais classificou de razoáveis, como por exemplo item 21 (45,5%) e 24 (50%).

As dimensões com percepções mais elevadas são:

- Cultura de serviço, itens: 1 (54,5%, algum progresso e 22,7%, progresso consistente) e 2 (50%, algum progresso e 27,3%, progresso consistente);

- Estratégia para o serviço, itens: 5 (40,9%, algum progresso e 31,8%, progresso consistente) e 6 (56,4%, algum progresso e 22,7%, progresso consistente);
- Gestão do Serviço, itens: 13 (40,9%, algum progresso e 22,7%, progresso consistente) e 14 (45,5%, progresso consistente).
- Planeamento de recursos humanos e desenvolvimento de competências, itens: 15 (40,9 %, algum progresso) e 16 (36,4%, algum progresso e 22,7%, progresso consistente)
- Compromisso, item: 17 (36,4%, algum progresso e 27,3%, progresso consistente).

O item 20 apresenta a percepção mais baixa, enquadrado na dimensão condições, satisfação, performance e reconhecimento, sendo que a maioria das respostas foram sem abordagem (27,3%) e em fase inicial (27,3%).

As frequências apresentadas demonstram que a resposta “algum progresso” é a mais comum, entre os inquiridos. Contudo, verifica-se que existem maiores percentagens de resposta, em “progresso consistente”, comparativamente às UF anteriores. As dimensões da qualidade com percepção mais elevada são: cultura de serviço; estratégia para o serviço; gestão do serviço; planeamento de recursos humanos e desenvolvimento de competências; e compromisso.

De salientar, que o item 20, que se refere ao reconhecimento e premiação dos esforços dos colaboradores, é o item que apresenta uma percepção mais inferior.

A dimensão resultados caracteriza-se como “razoáveis”.

Em suma, as USF-A apresentam mais dimensões da qualidade, com percepção entre “algum progresso” e “progresso consistente”, que significam respetivamente, “evidência de que o assunto está a ser abordado, porém a implementação da abordagem ainda não alcançou metade de todas as áreas relevantes” e “o progresso apresenta um padrão consistente de evolução, tendo sido já ultrapassada a implementação da abordagem em mais de metade de todas as áreas relevantes (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

A tabela 8 apresenta as frequências de resposta dos profissionais de saúde das USF-B ao QAP₄CSP.

Tabela 8 - Frequências das USF - B do QAP₄CSP

n = 30		Sem Abordagem		Em fase Inicial		Algum progresso		Progresso consistente		Progresso assinalável		Totalmente alcançando	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cultura de Serviço	Item 1	3,3	1	6,7	2	26,7	8	40,0	12	16,7	5	6,7	2
	Item 2	0	0	16,7	5	30,0	9	26,7	8	23,3	7	3,3	1
Liderança	Item 3	10,0	3	13,3	4	23,3	7	36,7	11	16,7	5	0	0
	Item 4	6,7	2	20,0	6	23,3	7	40,0	12	10,0	3	0	0
Estratégia para o Serviço	Item 5	0	0	3,3	1	23,3	7	43,3	13	30,0	9	0	0
	Item 6	3,3	1	0	0	40,0	12	40,0	12	16,7	5	0	0
Infraestrutura e Recursos Externos	Item 7	6,7	2	20,0	6	50,0	15	16,7	5	6,7	2	0	0
	Item 8	10,0	3	20,0	6	50,0	15	16,7	5	3,3	1	0	0
Informação e Conhecimento	Item 9	3,3	1	13,3	4	23,3	7	36,7	11	23,3	7	0	0
	Item 10	3,3	1	23,3	7	33,3	10	30,0	9	6,7	2	3,3	1
Processos	Item 11	0	0	13,3	4	33,3	10	30,0	9	23,3	7	0	0
	Item 12	6,7	2	23,3	7	26,7	8	26,7	8	13,3	4	3,3	1
Gestão do Serviço	Item 13	3,3	1	13,3	4	33,3	10	43,3	13	6,7	2	0	0
	Item 14	3,3	1	3,3	1	36,7	11	43,3	13	10,0	3	3,3	1
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	Item 15	3,3	1	13,3	4	40,0	12	30,0	9	13,3	4	0	0
	Item 16	6,7	2	13,3	4	43,3	13	16,7	5	20,0	6	0	0
Compromisso	Item 17	0	0	23,3	7	33,3	10	26,7	8	16,7	5	0	0
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	Item 18	10,0	3	20,0	6	16,7	5	36,7	11	16,7	5	0	0
	Item 19	26,7	8	16,7	5	30,0	9	20,0	6	6,7	2	0	0
	Item 20	36,7	11	13,3	4	33,3	10	13,3	4	3,3	1	0	0
		Inexistentes		Limitados		Razoáveis		Bons		Muito Bons		Excelentes	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Resultados	Item 21	0	0	16,7	5	33,3	10	33,3	10	16,7	5	0	0
	Item 22	3,3	1	16,7	5	30,0	9	40,0	12	6,7	2	3,3	1
	Item 23	3,3	1	23,3	7	33,3	10	30,0	9	10,0	3	0	0
	Item 24	0	0	20,0	6	26,7	8	33,3	10	20,0	6	0	0
	Item 25	6,7	2	26,7	8	30,0	9	30,0	9	6,7	2	0	0

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 8 demonstra que a maioria dos profissionais de saúde das USF-B, qualifica muitas das dimensões da qualidade como “progresso consistente”, como por exemplo nas dimensões liderança, item 3 (36,7%) e item 4 (40%), e estratégia para o serviço, item 5 (43,3%) e item 6 (40%). Em relação à dimensão resultados, a maioria dos profissionais classificou entre razoáveis e bons, como por exemplo item 22 (30%, razoáveis e 40%, bons) e 23 (33,3%, razoáveis e 30%, bons).

As dimensões com percepções mais elevadas são:

- Cultura de serviço, itens: 1 (40%, progresso consistente) e 2 (30%, algum progresso);

- Liderança, itens: 3 (36,7%, progresso consistente) e 4 (40%, progresso consistente);
- Estratégia para o serviço, itens: 5 (43,3%, progresso consistente) e 6 (40%, progresso consistente);
- Informação e conhecimento, itens: 9 (36,7%, progresso consistente) e 10 (33,3%, algum progresso);
- Processos, itens: 11 (33,3%, algum progresso) e 12 (26,7%, progresso consistente);
- Gestão do serviço, itens: 13 (43,3%, progresso consistente) e 14 (43,3%, progresso consistente).

A dimensão com percepção mais baixa é:

- Condições, satisfação, *performance* e reconhecimento, itens: 18 (36,7%, progresso consistente), 19 (30%, algum progresso e 26,7%, sem abordagem) e 20 (36,7%, sem abordagem).

Os resultados apresentados demonstram que este tipo de Unidade Funcional é a que tem maior percepção da qualidade, sendo em muitas dimensões a resposta “progresso consistente” a que tem maior percentagem. As dimensões com maior qualificação são: cultura de serviço; liderança; estratégia para o serviço; informação e conhecimento; processos; e gestão do serviço.

A dimensão condições, satisfação, *performance* e reconhecimento continua a ser a dimensão da qualidade menos desenvolvida, principalmente os itens referentes à avaliação da satisfação dos colaboradores, e o reconhecimento e premiação dos esforços dos colaboradores.

Por fim, a dimensão resultados, é a que apresenta melhor qualificação, sendo que a maioria dos respondentes, caracterizou como “bons”, que significa, “os resultados chave estão identificados e são medidos, são consistentes com a estratégia da organização e os valores alcançados são bons” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

De forma geral, os resultados globais das frequências de respostas ao QAP₄CSP, por Unidades Funcionais (UF), permitiu verificar que as USF – A e, principalmente, a USF – B, apresentam uma maior percepção da qualidade, comparativamente às UCC e UCSP. As USF – B qualificaram de forma mais elevada, comparativamente às restantes UF, as dimensões: liderança; estratégia para o serviço; e gestão de serviço.

De salientar ainda que todas as UF percebem a dimensão “condições, satisfação, performance e reconhecimento”, como “sem abordagem” ou “em fase inicial”, principalmente na avaliação dos níveis de satisfação e orientação para o serviço dos colaboradores, e ainda no reconhecimento e premiação dos esforços dos colaboradores na qualidade de serviço e na orientação para o cliente.

De forma a obter uma melhor compreensão dos resultados alcançados, avaliou-se a pontuação, por bloco, já definida no questionário original - QESA^M - através de estatística descritiva, de forma global, por unidade funcional e por grupo profissional.

A tabela 9 apresenta os resultados descritivos dos blocos do QAP₄CSP, por Unidade Funcional.

Tabela 9 - Resultados descritivos dos Blocos do QAP₄CSP por Unidade Funcional

Tipo de Unidade Funcional	Estatística Descritiva	Blocos do QAP ₄ CSP				
		1: Condições	2: Recursos	3: Serviço	4: Foco nos colaboradores	5: Resultados Alcançados
UCC (n = 43)	\bar{x}	19,09	11,16	11,74	15,93	14,23
	IC 95%	(17,40; 20,78)	(10,06;12,27)	(10,72;12,77)	(14,37; 17,49)	(12,81; 15,66)
	M	19,00	11,00	11,00	16,00	15,00
	σ	5,489	3,585	3,339	5,059	4,639
	Resultado	Progresso Consistente	Alguns Progressos	Alguns Progressos	Alguns Progressos	Razoáveis
UCSP (n = 17)	\bar{x}	18,35	12,00	12,35	16,35	13,41
	IC 95%	(15,74; 20,96)	(9,74; 14,26)	(10,05;14,66)	(13,22; 19,49)	(10,75; 16,08)
	M	18,00	12,00	13,00	18,00	14,00
	σ	5,074	4,402	4,485	6,103	5,185
	Resultado	Progresso Consistente	Alguns Progressos	Progresso Consistente	Alguns Progressos	Razoáveis
USF – A (n = 22)	\bar{x}	20,41	12,32	13,59	18,05	15,95
	IC 95%	(17,63; 23,19)	(10,19;14,45)	(11,54;15,64)	(14,77; 21,32)	(13,70; 18,20)
	M	18,50	11,50	13,00	17,50	15,00
	σ	6,277	4,805	4,615	7,390	5,075
	Resultado	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Bom
USF – B (n = 30)	\bar{x}	21,77	12,67	13,90	18,30	16,67
	IC 95%	(19,76; 23,77)	(11,39;13,94)	(12,51;15,29)	(16,09; 20,51)	(14,96; 18,37)
	M	22,00	13,00	14,00	18,50	16,00
	σ	5,374	3,417	3,717	5,926	4,559
	Resultado	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Bom
Global (n = 112)	\bar{x}	19,96	11,92	12,78	17,04	15,10
	IC 95%	(18,90; 21,01)	(11,18;12,66)	(12,04;13,52)	(15,93; 18,16)	(14,18; 16,01)
	M	19,00	12,00	13,00	16,50	15,00
	σ	5,632	3,934	3,959	5,978	4,884
	Resultado	Progresso Consistente	Alguns Progressos	Progresso Consistente	Alguns Progressos	Bom

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar; \bar{x} – média; IC 95% – intervalo de confiança de 95% para a média; M – mediana; σ – desvio padrão.

A tabela 9 permite verificar os seguintes resultados dos blocos do QAP₄CSP por Unidade Funcional:

- Bloco 1 Condições: Progresso Consistente (UCC, UCSP, USF-A e USF-B);
- Bloco 2 Recursos: Algum Progresso (UCC e UCSP) e Progresso Consistente (USF-A e USF-B);
- Bloco 3 Serviço: Algum Progresso (UCC) e Progresso Consistente (UCSP, USF-A e USF-B);
- Bloco 4 Foco nos Colaboradores: Algum Progresso (UCC e UCSP) e Progresso Consistente (USF-A e USF-B);
- Bloco 5 Resultados Alcançados: Razoáveis (UCC e UCSP) Bons (USF-A e USF-B).

Os resultados por blocos do QAP₄CSP, por unidade funcional, permitem verificar que as USF-A e USF-B têm uma percepção da qualidade ligeiramente superior, comparativamente às UCC e UCSP, em todos os blocos – condições; recursos; serviço; foco nos colaboradores; e resultados alcançados (Anexo I).

De forma geral, o bloco dos recursos, que integra as dimensões de “infraestruturas e recursos externos”, e “informação e conhecimento”, bem como o bloco foco nos colaboradores, que abrange as dimensões de “planeamento de recursos humanos e desenvolvimento de competências”, “compromisso” e “condições, satisfação, performance e reconhecimento”, são os blocos com percepção de qualidade mais inferior.

A resposta “algum progresso” significa que “algumas abordagens estão parcialmente implementadas, ou seja, há evidência que o assunto é abordado, mas a sua implementação ainda não existe em, pelo menos, metade das dimensões” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11). No entanto, a resposta “progresso consistente”, apesar de “as abordagens ainda estarem parcialmente implementadas também, diferencia-se por já existir um padrão de evolução consistente no progresso, e implementado em mais de metade das dimensões” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

Relativamente ao último bloco, resultados alcançados, a nomenclatura de resposta varia entre “razoáveis” e “bom”. Ambos os resultados significam que os resultados

chave são identificados e medidos, contudo os resultados “razoáveis” são considerados dessa forma, enquanto os resultados “bom” significam que são consistentes com a estratégia da organização e os valores alcançados são bons (Região Autónoma da Madeira, 2017).

De salientar ainda, que os valores obtidos na maioria dos blocos, são muito próximos do limite máximo “algum progresso” - varia entre > 12 e ≤ 18 - e do limite mínimo de “progresso consistente” – varia entre > 18 e ≤ 24 .

Após a análise descritiva dos blocos do QAP₄CSP por unidade funcional, realizou-se estatística descritiva entre os blocos do questionário e os grupos profissionais, na tabela 10. Agruparam-se três grupos, nomeadamente, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e técnicos superiores de saúde, por serem um número reduzido.

Tabela 10 - Resultados descritivos dos Blocos do QAP₄CSP por Grupo Profissional

Grupo Profissional	Estatística Descritiva	Blocos do QAP ₄ CSP				
		1: Condições	2: Recursos	3: Serviço	4: Foco nos colaboradores	5: Resultados Alcançados
Médico (n = 30)	\bar{x}	20,50	12,27	13,57	17,33	15,57
	IC 95%	(17,95;23,05)	(10,43;14,10)	(11,76;15,38)	(14,44; 20,23)	(13,57; 17,56)
	M	20,00	11,50	14,00	17,50	15,50
	σ	6,832	4,920	4,847	7,756	5,348
	Resultado	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Algum Progresso	Bom
Enfermeiro (n = 71)	\bar{x}	19,90	12,01	12,58	17,25	15,04
	IC 95%	(18,64;21,16)	(11,18;12,85)	(11,71;13,45)	(15,98; 18,53)	(13,89; 16,20)
	M	19,00	12,00	13,00	17,00	15,00
	σ	5,322	3,544	3,679	5,374	4,886
	Resultado	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Progresso Consistente	Algum Progresso	Bom
Outros Profissionais de Saúde (n = 11)	\bar{x}	18,82	10,36	11,91	14,91	14,18
	IC 95%	(16,12;21,52)	(8,17; 12,56)	(10,00;13,82)	(12,35; 17,47)	(11,74; 16,62)
	M	19,00	9,00	12,00	15,00	15,00
	σ	4,020	3,264	2,844	3,807	3,628
	Resultado	Progresso Consistente	Algum Progresso	Algum Progresso	Algum Progresso	Razoáveis

Fonte: Elaboração Própria

Notas: \bar{x} – média; IC 95% – intervalo de confiança de 95% para a média; M – mediana; σ – desvio padrão; Outros Profissionais de Saúde: Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Técnicos Superiores de Saúde e Técnico Superior.

A tabela 10 permite verificar os seguintes resultados dos blocos do QAP₄CSP por grupo profissional:

- Bloco 1 Condições: Progresso Consistente (Médico, Enfermeiro e Outros Profissionais de Saúde);
- Bloco 2 Recursos: Algum Progresso (Outros Profissionais de Saúde) e Progresso Consistente (Médico e Enfermeiro);
- Bloco 3 Serviço: Algum Progresso (Outros Profissionais de Saúde) e Progresso Consistente (Médico e Enfermeiro);
- Bloco 4 Foco nos Colaboradores: Algum Progresso (Médico, Enfermeiro e Outros Profissionais de Saúde);
- Bloco 5 Resultados Alcançados: Razoáveis (Outros Profissionais de Saúde) Bons (Médico e Enfermeiro).

Os resultados obtidos permitem verificar que o grupo profissional, designado de “outros profissionais” têm uma perceção da qualidade, ligeiramente inferior, sendo o bloco “foco nos colaboradores”, comum a todos os grupos profissionais (Anexo II).

Como se observou anteriormente, entre o tipo de unidades funcionais e os blocos do questionário, também entre o grupo de profissionais os valores obtidos na maioria dos blocos, são muito próximos do limite máximo “algum progresso” e do limite mínimo de “progresso consistente”.

5.3. Análise Estatística

Após a análise descritiva dos resultados através da pontuação dos blocos, de forma global, por unidade funcional e grupo profissional, aplicou-se o teste da ANOVA e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, quando não se verificam os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias nos grupos.

O teste da ANOVA e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis permitiu verificar se existiam diferenças, em cada bloco, entre as unidades funcionais (Anexo III) e os grupos profissionais (Anexo IV).

O teste de Kolmogorov-Smirnov analisou a normalidade dos grupos Unidades Funcionais (UF) e Grupo Profissional (GP), apresentando duas hipóteses:

- H_0 : Existe normalidade nos grupos (UF e GP);
- H_1 : Não existe normalidade nos grupos (UF e GP).

Após o teste de normalidade, verificou-se a homogeneidade de variâncias dos grupos (UF e GP), aplicando o teste de Levene, tendo em consideração as seguintes hipóteses:

- H_0 : Existe igualdade de variâncias nos grupos (UF e GP).
- H_1 : Existe pelo menos um grupo (UF e GP) que difere a sua variância.

Depois de se verificarem os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias nos grupos (UF e GP), aplicou-se o teste ANOVA ou Kruskal-Wallis, para verificar se existem diferenças entre os valores médios dos Blocos do QAP₄CSP e o tipo de UF.

A tabela 11 apresenta os resultados do teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Unidade Funcional.

Tabela 11 - Resultados da ANOVA e Kruskal-Wallis por Unidade Funcional

Blocos do QAP ₄ CSP	Unidades Funcionais	Teste de Normalidade – Kolmogorov-Smirnov <i>p</i> -value	Teste de Homogeneidade de variâncias – Levene <i>p</i> -value	Teste	<i>p</i> -value [#]	Resultado
1: Condições	UCC	0,059	0,840	ANOVA	0,130	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	UCSP	0,155				
	USF-A	0,200				
	USF-B	0,200				
2: Recursos	UCC	0,004*	0,335	Kruskal-Wallis	0,250	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	UCSP	0,200				
	USF-A	0,014*				
	USF-B	0,200				
3: Serviço	UCC	0,025*	0,310	Kruskal-Wallis	0,054	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	UCSP	0,200				
	USF-A	0,125				
	USF-B	0,200				
4: Foco nos Colaboradores	UCC	0,041*	0,159	Kruskal-Wallis	0,266	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	UCSP	0,200				
	USF-A	0,200				
	USF-B	0,200				
5: Resultados Alcançados	UCC	0,096	0,930	ANOVA	0,065	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	UCSP	0,060				
	USF-A	0,120				
	USF-B	0,176				

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar; * *p*-value < 0,05 – não existe normalidade na distribuição; #*p*-value, refere-se ao nível de significância do teste de hipóteses.

Relativamente ao teste de normalidade, verifica-se que na maioria dos resultados apresentados, existe normalidade na distribuição dos valores entre os blocos do QAP₄CSP e as unidades funcionais. As UCCs apresentam 3 valores de *p-value* inferiores a 0,05 – recursos (0,004), serviço (0,025) e foco nos colaboradores (0,041) – e a USF-A 1 valor de *p-value* inferior a 0,05 – recursos (0,014) – sendo estes os únicos valores onde não existe normalidade na distribuição.

O teste de Levene permitiu verificar que existe igualdade de variâncias entre as unidades funcional, para todos os blocos do QAP₄CSP.

O teste ANOVA e Kruskal-Wallis permitiram verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios dos blocos do QAP₄CSP e as unidades funcionais, significando que as 4 unidades funcionais têm uma perceção da qualidade semelhante, tendo por base a amostra recolhida.

Relativamente à comparação entre os blocos do QAP₄CSP e o grupo profissional, testaram-se as mesmas hipóteses, anteriormente apresentadas, tanto para o teste de normalidade, como para o teste de homogeneidade de variâncias.

A tabela 12 apresenta os resultados do teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Grupo Profissional.

Tabela 12 - Resultados da ANOVA e Kruskal-Wallis por Grupo Profissional

Blocos do QAP ₄ CSP	Grupo Profissional	Teste de Normalidade – Kolmogorov-Smirnova <i>p-value</i>	Teste de Homogeneidade de variâncias – Levene <i>p-value</i>	Teste	<i>p-value</i> [#]	Resultado
1: Condições	Médico	0,200	0,056	ANOVA	0,696	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	Enfermeiro	0,200				
	Outros Profissionais	0,200				
2: Recursos	Médico	0,200	0,113	ANOVA	0,372	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	Enfermeiro	0,086				
	Outros Profissionais	0,200				
3: Serviço	Médico	0,200	0,091	ANOVA	0,390	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	Enfermeiro	0,173				
	Outros Profissionais	0,200				
4: Foco nos Colaboradores	Médico	0,200	0,006**	Kruskal-Wallis	0,376	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	Enfermeiro	0,200				
	Outros Profissionais	0,200				
5: Resultados Alcançados	Médico	0,200	0,357	Kruskal-Wallis	0,645	Não existem diferenças estatisticamente significativas
	Enfermeiro	0,002*				
	Outros Profissionais	0,111				

Fonte: Elaboração Própria

Notas: * p -value < 0,05 – não existe normalidade na distribuição; ** p -value < 0,05 – não existe igualdade de variâncias; # p -value, refere-se ao nível de significância do teste de hipóteses; Outros Profissionais de Saúde: Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Técnicos Superiores de Saúde e Técnico Superior.

O teste de normalidade permitiu verificar que, na maioria, existe normalidade, entre os grupos profissionais em estudo, uma vez que o p -value > 0,05, apenas não se verifica normalidade no grupo profissional dos enfermeiros, no bloco “Resultados Alcançados” (p -value = 0,002). Relativamente à homogeneidade de variâncias, observou-se que apenas um grupo, foco nos colaboradores, difere a sua variância (p -value = 0,006).

Os resultados obtidos pelos testes ANOVA e Kruskal-Wallis, permitem verificar que não existem diferenças entre os valores médios dos blocos do QAP₄CSP e os grupos profissionais. Isto demonstra que, da amostra recolhida, a perceção da qualidade é semelhante entre os diferentes grupos profissionais.

Após a análise descritiva, nomeadamente, da distribuição de frequências por Unidade Funcional, aplicou-se o Teste de Qui-Quadrado de Pearson, para observar se existiam diferenças entre o tipo de unidades. No entanto, verificou-se que o Qui-Quadrado não é robusto, uma vez que não cumpre o pressuposto “no máximo 20% das células tenham frequências esperadas inferiores a 5” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 278).

De seguida, realizou-se a Correlação de Spearman para observar se existem medidas de associação entre as variáveis do QAP₄CSP, por cada unidade funcional, e entre as variáveis do questionário com o IDG global, utilizando o valor global de IDG de cada unidade funcional. Para a correlação trabalhou-se com os seis itens de resposta - “*sem abordagem*”, “*em fase inicial*”, “*algum progresso*”, “*progresso consistente*”, “*progresso assinalável*” e “*totalmente alcançado*”.

A maioria das variáveis do QAP₄CSP estão correlacionadas entre si, uma vez apresentam valores estatisticamente significativos para $p < 0,01$ e $p < 0,05$ (Anexo V), para todas as unidades funcionais e resultados globais.

Relativamente à correlação das variáveis do QAP₄CSP, com o IDG global, por cada unidade funcional, de forma a facilitar a leitura dos dados, apenas são apresentadas as variáveis que são estatisticamente significativas ao nível de significância de 5% (tabelas 13, 14, 15 e 16).

A tabela 13 apresenta as Correlações de Spearman, que são estatisticamente significativas, ao nível de significância 5%, entre os itens do QAP₄CSP e o IDG das UCCs.

Tabela 13 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP₄CSP e IDG nas UCC

UCC (n = 43)		IDG	
		r	p-value
Cultura de Serviço	I.1	0,461**	0,002
	I.2	0,309*	0,044
Estratégia para o Serviço	I.5	0,433**	0,004
Infraestrutura e Recursos Externos	I.7	0,338*	0,027
	I.8	0,410**	0,006
Informação e Conhecimento	I.9	0,495**	0,001
	I.10	0,410**	0,006
Processos	I.11	0,325*	0,034
	I.12	0,374*	0,013
Gestão do Serviço	I.13	0,500**	0,001
Compromisso	I.17	0,348*	0,022
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	I.18	0,324*	0,034
Resultados	I.23	0,358*	0,018
	I.24	0,408**	0,007
	I.25	0,422**	0,005

Fonte: Elaboração própria

Notas: UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; I. – item; r – Coeficiente de correlação; p-value – nível de significância da correlação; ** Correlação significativa a $p < 0,01$; * Correlação significativa a $p < 0,05$.

As correlações entre as variáveis do questionário, preenchidas pelos profissionais de saúde das UCC, com o IDG, revelam que a maioria das variáveis são estatisticamente significativas, uma vez que apresenta valores de *p-value* inferiores a 0,05 – por exemplo, item 1 (0,002), item 8 (0,006), item 24 (0,007), item 25 (0,005). As variáveis que se correlacionam totalmente com o IDG são: cultura de serviço; infraestrutura e recursos externos; informação e conhecimento; processos; e compromisso. Isto significa que quanto mais a variável aumenta, exemplo cultura de serviço, mais o IDG aumenta.

De salientar ainda que, apenas as variáveis liderança e planeamento de RH e desenvolvimento de competências, não se correlacionam com o IDG (Anexo V) – item 3 ($r = 0,142$; $p\text{-value} = 0,364$), item 4 ($r = 0,265$; $p\text{-value} = 0,086$), item 15 ($r = 0,171$; $p\text{-value} = 0,273$) e item 16 ($r = 0,264$; $p\text{-value} = 0,087$). Ou seja, independentemente de

a liderança e o planejamento dos RH e desenvolvimento de competências aumentarem ou diminuïrem, não têm influencia IDG.

As UCSP são a UF com menor representatividade, sendo também a UF com variáveis estatisticamente significativas em menor número (Anexo V), comparativamente às restantes UF.

De salientar ainda que as UCSP apresentam três variáveis que pouco se correlacionam com as restantes - “organização possui uma cultura de serviço que estimula e promove a orientação para os colaboradores”; “desenvolver processos sistemáticos de gestão das reclamações”; e “a organização reconhece e premeia os esforços dos seus colaboradores na qualidade de serviço” (Anexo V).

A tabela 14 apresenta as Correlações de Spearman, que são estatisticamente significativas, ao nível de significância 5%, entre os itens do QAP₄CSP e o IDG das UCSPs.

Tabela 14 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP₄CSP e IDG nas UCSP

UCSP (n = 17)		IDG	
		r	p-value
Infraestrutura e Recursos Externos	I.7	0,486*	0,048
Compromisso	I.17	0,516*	0,034

Fonte: Elaboração própria

Notas: UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; I. – item; r – Coeficiente de correlação; p-value – nível de significância da correlação; * Correlação significativa a $p < 0.05$.

As correlações entre as variáveis do QAP₄CSP e o IDG, permitiu verificar que apenas a variável compromisso, se correlaciona totalmente, ou seja, quanto maior o compromisso dos colaboradores das UCSP, maior o IDG.

Relativamente às USF – A, a grande maioria das variáveis correlacionam-se entre si (Anexo V).

A tabela 15 apresenta as Correlações de Spearman, que são estatisticamente significativas, ao nível de significância 5%, entre os itens do QAP₄CSP e o IDG das USF-A.

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP₄CSP e o IDG nas USF-A

USF - A (n = 22)		IDG	
		r	p-value
Resultados	I.24	0,466*	0,029

Fonte: Elaboração própria

Notas: USF – Unidade de Saúde Familiar; I. – item; r – Coeficiente de correlação; p-value – nível de significância da correlação; * Correlação significativa a $p < 0.05$.

No entanto, apenas uma questão da variável resultados se correlaciona com o IDG, nas USF – A, uma vez que todos os valores de *p-value* são superiores a 0,05, com exceção do item 24, como se verifica na tabela 15, em que o valor de *p-value* é 0,029. Ou seja, não é possível estabelecer uma correlação entre as variáveis da percepção da qualidade e o IDG (Anexo V).

Relativamente, às UF USF – B, todas as variáveis do questionário estão correlacionadas entre elas, na grande maioria. No entanto, nenhuma das variáveis se correlaciona com o IDG (Anexo V).

Para terminar a análise da Correlação de Spearman, verificou-se se as variáveis do QAP₄CSP se correlacionam entre si, de forma global (n = 112), tendo-se observado que todas as variáveis apresentam correlações estatisticamente significativas entre si (Anexo V). Analisou-se ainda se existiam correlações entre as variáveis do questionário e o IDG, apresentadas na tabela 16.

Tabela 16 - Correlação de Spearman entre os itens do QAP₄CSP e IDG

Unidades Funcionais (n = 112)		IDG		Unidades Funcionais (n = 112)		IDG	
		r	p-value			r	p-value
Cultura de Serviço	I.1	0,395**	0,000	Gestão do Serviço	I.13	0,358**	0,000
	I.2	0,269**	0,004		I.14	0,198*	0,036
Liderança	I.4	0,218*	0,021	Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	I.15	0,212*	0,025
Estratégia para o Serviço	I.5	0,394**	0,000		I.16	0,244**	0,009
	I.6	0,272**	0,004	Compromisso	I.17	0,295**	0,002
Infraestrutura e Recursos Externos	I.8	0,197*	0,037	Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	I.18	0,290**	0,002
I.9	0,428**	0,000	I.22	0,251**	0,008		
Informação e Conhecimento	I.10	0,324**	0,000	I.23	0,318**	0,001	
	I.11	0,322**	0,001	I.24	0,444**	0,000	
Processos	I.12	0,262**	0,005	I.25	0,310**	0,001	

Fonte: Elaboração própria

Notas: I. – item; r – Coeficiente de correlação; p-value – nível de significância da correlação; ** Correlação significativa a $p < 0,01$; * Correlação significativa a $p < 0,05$.

Os resultados globais entre as variáveis do QAP₄CSP e o IDG demonstram que existem correlações estatisticamente significativas, entre 21 variáveis, e o IDG – por exemplo, item 1 ($r = 0,395$; $p\text{-value} = 0,000$), item 5 ($r = 0,394$; $p\text{-value} = 0,000$), item 9 ($r = 0,428$; $p\text{-value} = 0,000$), item 13 ($r = 0,358$; $p\text{-value} = 0,000$) item 24 ($r = 0,444$; $p\text{-value} = 0,000$).

value = 0,000). Isto significa que, quanto mais as variáveis aumentam, também o IDG aumenta.

De forma, a compreender se existem mais correlações entre as variáveis do QAP₄CSP e o IDG, agrupou-se as variáveis pelos 5 blocos, através das pontuações obtidas. No entanto, os resultados obtidos foram semelhantes, sendo as UCC as unidades funcionais com mais correlações entre as variáveis do QAP₄CSP e o IDG, e nas restantes unidades funcionais são escassas a correlações, ou até mesmo inexistentes (Anexo VI).

A análise da Correlação de Spearman permitiu verificar que a maioria das variáveis se correlaciona entre si. Assim, realizou-se uma análise fatorial, para compreender quais as variáveis que explicam o estudo. No entanto, antes de realizar a análise fatorial, importante avaliar a consistência interna do estudo.

Para avaliar a consistência interna do estudo, aplicou-se o Teste de Alpha de Cronbach, ao conjunto de itens do QAP₄CSP, para o total de respondentes, apresentado na tabela 17, e para cada unidade funcional, demonstrado na tabela 18

Tabela 17 - Teste Alpha de Cronbach para o total dos respondentes

Alpha de Cronbach	N.º de itens
0,975	25

Fonte: Elaboração própria

Tabela 18 - Teste Alpha de Cronbach das Unidades Funcionais

UF	Alpha de Cronbach	N.º de itens
UCC (n = 43)	0,969	25
UCSP (n = 17)	0,978	25
USF – A (n = 22)	0,985	25
USF – B (n = 30)	0,969	25

Fonte: Elaboração própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar.

O Teste de Alpha de Cronbach permite verificar que existe concordância, na maioria das respostas, em todas as unidades funcionais, com ligeira superioridade para a USF-A (0,985).

Os dados obtidos através do Teste de Alpha de Cronbach, são todos superiores a 0,90, significando uma “consistência interna muito boa” (Pestana & Gageiro, 2014, p.

531). Posteriormente agruparam-se os itens por blocos, pré-definidos pelo questionário - 1) condições; 2) recursos; 3) serviço; 4) foco nos colaboradores; e 5) recursos alcançados – e avaliou-se também a consistência interna do estudo, para o total de respondentes e por cada unidade funcional (Anexo VII). Os valores obtidos são todos superiores a 0,80, significando que a consistência interna é boa e muito boa.

No entanto, segundo Almeida *et al.*, (2010, p. 7), quando os valores são superiores a 0,90 podem significar que há “redundância/ duplicação, em alguns itens, pelo que, os itens redundantes devem ser eliminados”, tentando atingir valores compreendidos entre os 0,80 e 0,90.

Na sequência dos resultados obtidos na Correlação de Spearman e no Teste de Alpha de Cronbach, realizou-se uma análise fatorial, com o objetivo de verificar quais as variáveis que explicam mais o estudo.

Primeiramente verificou-se o valor do Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO), para aferir a qualidade das correlações, tendo obtido um valor de KMO = 0,942 (Anexo VIII).

Segundo Pestana e Gageiro (2014), quando o valor de KMO se encontra compreendido entre 1 e 0,9, significa que a análise fatorial é muito boa.

De seguida, analisou-se o número de fatores a reter, através do *scree plot* (Anexo IX) – “gráfico com as variâncias distribuídas pelos componentes, sendo o número de fatores a reter, quando existe um maior declive” (Pestana e Gageiro (2014, p. 521) – e o método de extração, apresentado na tabela 19.

Tabela 19 - Método de Extração dos Fatores

Componentes	<i>Loadings</i>		
	Total	% de variância	% acumulada
1	15,803	63,210	63,210
2	1,220	4,880	68,090
3	,963	3,852	71,942

Fonte: Elaboração Própria

Os resultados obtidos através do *scree plot* (Anexo IX) e do método de extração dos fatores permitem verificar que existem 3 fatores que explicam o modelo, sendo o primeiro fator que justifica a maioria da variância, cerca de 63%.

Com o objetivo de compreender quais as variáveis que se encontram em cada componente, aplicou-se o método Varimax (Anexo X), apresentado na tabela 20, com os valores dos 3 componentes, para cada variável. Segundo Pestana e Gageiro (2014, p. 524) “considera-se significativos os *loadings* maiores ou iguais a 0,5 por serem, pelo menos, responsáveis, por 25% da variância”.

Tabela 20 - Método Varimax

Variáveis	Componentes		
	1	2	3
1	0,504	0,115	0,594
2	0,432	0,268	0,641
3	0,514	0,225	0,682
4	0,535	0,255	0,602
5	0,484	0,509	0,400
6	0,347	0,501	0,572
7	0,157	0,360	0,687
8	0,017	0,504	0,647
9	0,288	0,690	0,379
10	0,361	0,625	0,469
11	0,336	0,661	0,438
12	0,407	0,625	0,445
13	0,372	0,695	0,342
14	0,225	0,783	0,150
15	0,395	0,414	0,564
16	0,404	0,361	0,640
17	0,399	0,520	0,559
18	0,431	0,535	0,576
19	0,505	0,522	0,325
20	0,414	0,592	0,266
21	0,784	0,272	0,361
22	0,774	0,353	0,323
23	0,780	0,333	0,422
24	0,788	0,342	0,282
25	0,704	0,448	0,098

Fonte: Elaboração Própria

A análise fatorial tem como objetivo reduzir o número de variáveis, no entanto, neste estudo, não é possível reduzir nenhuma variável, uma vez que todas as variáveis apresentam um valor superior a 0,5 em, pelo menos, um fator.

No entanto, o método Varimax demonstra que o componente 1 refere-se exclusivamente aos resultados - 0,784; 0,774; 0,780; 0,788; e 0,704 - o componente 2 relaciona-se com a gestão de serviços e informação e conhecimento de recursos, e o componente 3 associa-se a condições de serviço e foco nos colaboradores.

Em suma, a análise fatorial, apesar de não permitir a redução do número de variáveis, permite verificar que os resultados (componente 1) explicam cerca de 63,2% da variância, significando que para os profissionais de saúde, o mais importante para a qualidade são os resultados.

A tabela 21 apresenta um resumo da análise estatística do estudo, referindo as principais conclusões.

Tabela 21 - Tabela resumo da análise estatística do estudo

Análise Estatística	Principais Conclusões
Análise Descritiva	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria das dimensões da qualidade do QAP₄CSP são qualificadas em “<i>algum progresso</i>” e “<i>razoáveis</i>” no bloco dos resultados. • As USF, principalmente a modelo B, apresentam maior percepção da qualidade. • As USF-B qualificaram de forma mais elevada, comparativamente às restantes UF, as dimensões: liderança; estratégia para o serviço; e gestão do serviço. • De forma geral, a dimensão condições, satisfação, <i>performance</i> e reconhecimento, apresentou a percepção mais baixa, principalmente na avaliação dos níveis de satisfação dos colaboradores, bem como no reconhecimento e premiação dos mesmos. • O grupo profissional designado de “outros profissionais” – TSDT; TSS e TS – têm uma percepção da qualidade ligeiramente inferior, comparativamente a médicos e enfermeiros.
Teste ANOVA e Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis	<ul style="list-style-type: none"> • As 4 UF (UCC, UCSP, USF-A e USF-B) apresentam uma percepção da qualidade semelhante, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios do QAP₄CSP e as UF. • Os 3 grupos profissionais apresentam uma percepção da qualidade semelhante, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os valores médios do QAP₄CSP e os GP.
Correlação de Spearman	<ul style="list-style-type: none"> • As UCCs são a UF que apresenta mais correlações estatisticamente significativas com o IDG – 15 itens correlacionados com o IDG. • As USF-B não apresentam nenhum item do QAP₄CSP, com correlação estatisticamente significativa, com o IDG. • Todas as variáveis do questionário apresentam correlações estatisticamente significativas entre si, de forma global (n= 112). • De forma global, verifica-se que existem 21 itens com correlação estatisticamente significativa com o IDG.
Análise Fatorial	<ul style="list-style-type: none"> • Não permitiu reduzir o número de fatores; • Componente 1 – resultados; • Componente 2 – gestão de serviços e informação e conhecimento de recursos; • Componente 3 - condições de serviço e foco nos colaboradores; • Os resultados (componente 1) explicam 63,2% da variância do estudo.

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar; TSDT – Técnicos Superiores de

Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior; IDG – Índice de Desempenho Global; GP – Grupo Profissional.

5.4. Discussão dos Resultados

O presente estudo tinha como objetivo geral analisar a relação entre a percepção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do ACeS Alentejo Central, e o nível desempenho das respetivas unidades.

A análise descritiva permitiu verificar através das frequências de respostas (tabela 4) que, de forma geral, os profissionais de saúde caracterizam a qualidade como “algum progresso”, ou seja, há “evidência de que o assunto está a ser abordado, porém a implementação da abordagem ainda não alcançou metade de todas as áreas relevantes” (Região Autónoma da Madeira, 2017, p. 11).

Em termos descritivos, de forma global, a dimensão “condições, satisfação, *performance* e reconhecimento”, principalmente, as questões sobre avaliação dos níveis de satisfação dos colaboradores e orientação para o serviço, bem como o reconhecimento e premiação dos esforços dos colaboradores, na qualidade do serviço, foi a dimensão que apresentou uma percepção da qualidade inferior, entre “sem abordagem” e “em fase inicial”.

Relativamente à dimensão resultados, que apresenta uma nomenclatura distinta, a resposta dominante foi “razoáveis” (tabela 5, 6, 7 e 8), para todas as Unidades Funcionais, à exceção da USF-B em que as maiores frequências de respostas foram “bons”.

Analisando de forma descritiva (tabela 5, 6, 7 e 8) a percepção da qualidade, nas diferentes unidades, é possível observar as dimensões com maior e menor percepção da qualidade, tal como é apresentado na tabela 22.

Tabela 22 - Resultados da Perceção da Qualidade QAP₄CSP

UF	Dimensões com maior perceção da qualidade	Dimensões com menor perceção da qualidade
UCC	Cultura de Serviço	Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento (I. 19 e 20)
	Estratégia para o Serviço	
	Gestão do Serviço	
UCSP	Cultura de Serviço	Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento (I. 19 e 20)
	Liderança	
	Infraestrutura e Recursos Externos	
	Informação e conhecimento	
USF-A	Cultura de Serviço	Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento (I. 19 e 20)
	Estratégia para o Serviço	
	Gestão do Serviço	
	Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	
	Compromisso	
USF-B	Cultura de Serviço	Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento (I. 19 e 20)
	Liderança	
	Estratégia para o Serviço	
	Informação e conhecimento	
	Processos	
	Gestão do Serviço	

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UF – Unidade Funcional; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar.

A dimensão “cultura de serviço” foi percecionada, por todas as Unidades Funcionais, embora com respostas e valores diferentes, como uma das melhores. Esta perceção mais elevada poderá relacionar-se com a reestruturação do modelo de contratualização, realizado em 2017, baseado em 3 pilares, sendo um deles o “desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde” (ACSS, 2019, p.5).

Segundo a DGS (2014a, p.4) um processo de acreditação “promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços”. No entanto, atualmente, apenas uma USF-B é acreditada, em todo o ACeS do Alentejo Central, podendo ser uma justificação, para a dimensão cultura de serviço não ser quantificado de forma superior.

A dimensão “estratégia para o serviço” também foi percecionada como uma das melhores, para 3 Unidades Funcionais (UCC, USF-A e USF-B). Segundo MBNQA (2020), a estratégia é como a organização determina e planeia implementar orientações estratégicas. Nos Cuidados de Saúde Primários, a contratualização interna, sobre um

modelo de gestão participada, irá permitir alinhar as atividades com a estratégia, para atingir objetivos delineados a partir de uma componente externa, dos meios existente e dos resultados desejados (Monteiro, *et al.*, 2017).

A dimensão “condições, satisfação, *performance* e reconhecimento” foi qualificada com a pior percepção da qualidade, pelos profissionais de saúde, de todas as Unidades Funcionais. Os profissionais de saúde referiram como “sem abordagem” ou “em fase inicial”, na grande maioria, as questões relacionadas com a satisfação dos profissionais e o reconhecimento e premiação dos esforços dos colaboradores, na qualidade do serviço.

Tal como salientado anteriormente, pela OECD (2015), um dos objetivos principais da reforma dos cuidados de saúde primários, em 2006, foi aumentar a satisfação dos profissionais de saúde. Também Pisco e Biscaia (2001) identificaram a satisfação das expectativas dos profissionais, como uma dimensão da qualidade, que irá contribuir para um sistema da qualidade e melhoria contínua.

No entanto, Miguel e Sá (2010) verificaram que os resultados da reforma dos cuidados de saúde primários têm sido positivos, tendo aumentado a satisfação dos profissionais.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, entre 2015-2020, tem como principal objetivo de valorizar a criação de condições, no SNS, que proporcionem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação, sendo uma das prioridades reconhecer a qualidade das unidades de saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

O Programa Nacional de Acreditação tem vários objetivos, tais como: manter profissionais motivados; e desenvolver os mecanismos de reconhecimento da competência (DGS, 2014a).

De reforçar que, atualmente, no ACeS Alentejo Central, apenas uma USF-B é acreditada. A escassez de unidades funcionais acreditadas no ACeS Alentejo Central poderá ser um dos motivos, para que a maioria dos profissionais de saúde, do ACeS Alentejo Central, considere “sem abordagem” ou “em fase inicial”, as questões da satisfação dos profissionais e do reconhecimento e premiação.

Importa ainda salientar, que segundo o Institute of Medicine (2001), os profissionais de saúde são motivados pelo reconhecimento público e honorário. O reconhecimento de realização profissional e inovação são motivadores de melhoria contínua

Analisando, de forma descritiva, os resultados obtidos por blocos do QAP₄CSP, por unidade funcional (tabela 10), verificou-se que as USF-A e USF-B têm uma percepção da qualidade ligeiramente superior, comparativamente às UCC e UCSP, em todos os blocos – condições; recursos; serviço; foco nos colaboradores; e resultados alcançados.

O estudo de Pestana *et al.* (2019, p. 55) verificou que “as USF têm consistentemente um melhor desempenho nos indicadores de contratualização em relação às UCSP”. Os mesmos autores referem que estas diferenças, não estão apenas relacionadas com as equipas das UCSP, nem com a estrutura organizacional. Alguns motivos, que poderão estar relacionados com as diferenças entre as populações, que as diferentes unidades prestam cuidados, bem como com falta de recursos humanos, principalmente na região sul do país.

O modelo de contratualização atual tem em consideração as carências de recursos das unidades e ainda a variabilidade de características do contexto, em que cada unidade está inserida, com impacto no desempenho, sendo os níveis de desempenho do IDG ponderados e/ ou corrigidos, consoante as variáveis mencionadas (Pestana *et al.*, 2019).

Presentemente, nos Cuidados de Saúde Primários, o modelo de *pay-for-performance*, não é exclusivamente um sistema remuneratório, uma vez que permite uma mudança organizacional estruturada, direcionada para a autonomia dos profissionais, segundo as necessidades locais de saúde e baseadas na contratualização de cada unidade (Monteiro, *et al.*, 2017).

Atualmente, tanto as USF como as UCSP recebem incentivos financeiros, apesar de anteriormente serem exclusivos das USF, prevendo-se uma extensão a todas as unidades funcionais do ACeS, num futuro (Pestana *et al.*, 2019).

Provavelmente, o facto de as USF receberem incentivos financeiros há mais tempo, e de terem uma estrutura organizacional mais definida, justifica a percepção da qualidade ser ligeiramente superior, às restantes unidades funcionais incluídas neste estudo – UCSP e UCC.

Relativamente, aos resultados obtidos por blocos do QAP₄CSP, por grupo profissional, através de estatística descritiva (tabela 10) e dos testes estatísticos ANOVA e Kruskal-Wallis, não se verificaram diferenças de percepção da qualidade, entre os diferentes grupos profissionais.

O facto de os grupos profissionais não apresentarem diferenças na percepção da qualidade, poderá estar relacionada com a reestruturação do modelo de contratualização,

em 2017, em que um dos pilares foi a criação de equipas funcionalmente autónomas e multiprofissionais (ACSS, 2019).

Após a aplicação dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis, aos blocos do QAP₄CSP, por unidade funcional, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, indicando que as 4 unidades funcionais (UCC, UCSP, USF-A e USF-B) têm uma perceção da qualidade semelhante.

Os resultados obtidos, no estudo, permitem afirmar que a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, não varia entre os diferentes tipos de unidades funcionais.

A Correlação de Spearman permitiu verificar se as dimensões do QAP₄CSP se correlacionavam com o Índice de Desempenho Global (IDG), de cada tipo de Unidade Funcional (tabela 13, 14 e 15). A tabela 23 apresenta um resumo das dimensões do QAP₄CSP que se correlacionam com o IDG, segundo o tipo de Unidade Funcional.

Tabela 23 - Dimensões do QAP₄CSP correlacionadas com o IDG

Unidades Funcionais	Dimensões do QAP ₄ CSP correlacionadas com o IDG
UCC	Cultura de Serviço
	Estratégia para o Serviço (I.5)
	Infraestruturas e Recursos Externos
	Informação e Conhecimento
	Processos
	Gestão de Serviço (I.13)
	Compromisso
	Condições, Satisfação, <i>Performance</i> e Reconhecimento (I. 18)
	Resultados (I. 23, 24 e 25)
UCSP	Infraestruturas e Recursos Externos (I. 7)
	Compromisso
USF-A	Resultados (I. 24)
USF-B	Nenhuma variável se correlaciona com o IDG

Fonte: Elaboração Própria

Notas: UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar; I. - item

Os resultados permitiram verificar que apenas as UCC, apresentam correlações estatisticamente significativas com o IDG, sendo as variáveis que se correlacionam totalmente são: cultura de serviço; infraestruturas e recursos externos; informação e conhecimento; processos; e compromisso.

Quando analisada a correlação global de todas as variáveis do QAP₄CSP com o IDG (tabela 16), é possível verificar que 21 variáveis, de um total de 25, se correlacionam com o IDG, sendo as variáveis que se correlacionam totalmente são: cultura de serviço; estratégia para o serviço; informação e conhecimento; processos;

gestão do serviço; planeamento de RH e desenvolvimento de competências; compromisso; e resultados.

O estudo anteriormente citado de Tsai *et al.* (2015) refere que hospitais com maior qualidade, normalmente, têm um desempenho superior, comparativamente a hospitais de baixa qualidade. Por sua vez, o estudo da ERS (2016), refere que as USF-B apresentam melhor desempenho, comparativamente às USF-A e UCSP.

Sabendo que a qualidade dos cuidados é um resultado valorizado e desejado nos sistemas de desempenho na saúde, porque ajuda a aumentar a eficácia da prestação de cuidados (Mitropoulos, 2019), seria expectável que, neste estudo, as Unidades Funcionais, USF-A e USF-B, apresentem-se mais correlações estatisticamente significativas com o IDG.

Comparando a perceção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades funcionais, com o nível de desempenho das respetivas unidades, de forma global, é possível verificar que existem correlações estatisticamente significativas, em quase todas as variáveis (21/25), significando que à medida que a perceção da qualidade das variáveis aumenta, o IDG também aumenta.

No entanto, comparando a perceção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades funcionais, com o nível de desempenho por unidades funcionais, apenas as Unidades Funcionais UCC, apresentam um significativo número de correlações estatisticamente positivas. Assim, comparando a perceção da qualidade das unidades funcionais, com o nível de desempenho, por unidades funcionais, não é possível estabelecer uma relação para todas as unidades, apenas para as UCC.

A análise fatorial realizada (tabela 19), bem como método Varimax (tabela 20), permitiu verificar que, para os profissionais de saúde envolvidos no estudo, a dimensão resultados, explicam cerca de 63,2% da variância, ou seja, é a dimensão da qualidade, que os profissionais de saúde atribuem mais relevância.

Os resultados obtidos na análise fatorial revelam que os profissionais de saúde, do ACeS Alentejo Central, atribuem maior importância aos resultados, associando a qualidade como um produto, do que como um serviço. Estes resultados corroboram com algumas das características de gestão ocidental apresentadas por Li (2018), nomeadamente, melhorar a produtividade e a eficiência de toda a gestão, através de uma capacidade de constante inovação, consoante os resultados obtidos. Segundo este autor, este tipo de gestão ocidental, baseia-se em padrões quantitativos e métodos de

avaliação, podendo levar a um pensamento de sucesso rápido, a curto prazo, menosprezando a estratégia a longo prazo e o interesse da organização.

A qualidade do produto relaciona-se em alcançar a maior produtividade da melhor forma, com base nos critérios definidos, segundo as necessidades do cliente. A qualidade do serviço refere-se à estrutura e características dos colaboradores, bem como o processo utilizado pela organização, e o resultado desse processo na estrutura (Al-Mhasnah, Salleh, Afthanorhan & Ghazali, 2018).

Apesar de atualmente, além das características técnicas do produto, ter-se em consideração também os aspetos organizacionais da prestação de serviços e o funcionamento dos processos nas organizações (Nadziakiewicz & Mikolajczyk, 2019), para os profissionais de saúde, do ACeS Alentejo Central, o mais relevante ainda é a qualidade do produto.

Segundo Donabedian (1988), os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados, na saúde do utente e comunidade, o grau de satisfação do utente, bem como os custos associados.

Os resultados do presente estudo, estão de acordo com o estudo de Faloudah *et al.* (2015), que referem que nos cuidados de saúde, a qualidade é alcançada quando há resultados de saúde desejados pelos clientes como resultado dos serviços de cuidados de saúde prestados.

Segundo Ling *et al.* (2012), a avaliação da qualidade permite compreender a diferença entre os serviços, quanto custa, quem suporta os custos, e quem recebe os benefícios. A principal contribuição de uma avaliação da qualidade é permitir atingir os resultados desejáveis, minimizando os custos e as consequências indesejáveis.

A melhoria da qualidade em saúde é um processo de mudança (Pisco & Biscaia, 2001). Que tem sido acompanhado pelo modelo de contratualização, dos Cuidados de Saúde Primários, sendo que, desde 2017, sofreu novas mudanças, evoluindo para uma “perspetiva centrada num número limitado de indicadores e metas de processo, para uma perspetiva mais orientada para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde” (OPSS, 2018, citado por Pestana *et al.*, 2019, p. 37).

6. CONCLUSÕES

6.1. Considerações Gerais

A ferramenta de autoavaliação QAP₄CSP veio contribuir para que o ACeS Alentejo Central e Administração Regional de Saúde do Alentejo possam refletir sobre a qualidade do serviço, identificando quais as dimensões que devem ser melhoradas.

Tendo em consideração o objetivo geral do estudo - analisar a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes Unidades Funcionais, do ACeS Alentejo Central, e o nível de desempenho das respetivas unidades – verificou-se que quanto maior for a perceção da qualidade, de forma global, de cada tipo de unidade funcional, maior o índice de desempenho global. Investigou-se, através da Correlação de Spearman (tabela 16), que de forma global, a maioria das variáveis do QAP₄CSP (21 em 25), correlacionam-se com o IDG dos 4 tipos de Unidades Funcionais.

O objetivo geral permite concluir que, à medida que a perceção da qualidade das variáveis (21/ 25) aumenta, por parte dos profissionais de saúde, o IDG também aumenta. As dimensões da qualidade que se correlacionam totalmente com o IDG são: cultura de serviço; planeamento de RH e desenvolvimento de competências; compromisso; e resultados.

Relativamente ao primeiro objetivo específico - analisar se a perceção da qualidade dos profissionais de saúde varia entre os diferentes tipos de unidades funcionais – é possível concluir, através do Teste ANOVA e Kruskal-Wallis (tabela 11), que a perceção da qualidade não varia entre os 4 tipos de Unidades Funcionais (UCC, UCSP, USF-A e USF-B), uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas.

No segundo objetivo específico do estudo - comparar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde das unidades, com o nível de desempenho das respetivas unidades – verificou-se que não é possível estabelecer uma relação, entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde e o nível de desempenho, para todo o tipo de Unidades Funcionais, com exceção das UCC.

Constatou-se, através de Correlações de Spearman (tabela 13, 14 e 15), que as UCC são o tipo de unidade funcional em que mais dimensões se correlacionam com o IDG - cultura de serviço; estratégia para o serviço (item 5); infraestruturas e recursos externos; informação e conhecimento; processos; gestão de serviço (item 13);

compromisso; condições, satisfação, performance e reconhecimento (item 18); e resultados (item 23, 24 e 25) – seguida das UCSP – infraestruturas e recursos externos (item 7); e compromisso – e por fim as USF-A, que apenas se correlacionam com um item (24) da dimensão resultados. De salientar, que as USF-B não correlacionam nenhuma dimensão do QAP₄CSP com o IDG (tabela 22).

Os dados obtidos neste estudo, não permitem estabelecer uma relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, avaliada através do QAP₄CSP, e o nível de desempenho, avaliado pelo IDG, para todos os tipos de Unidades Funcionais, com exceção das UCC, que apresentam um maior número de variáveis correlacionadas com o IDG.

Este estudo permitiu ainda concluir que, a qualidade do serviço, percecionada pelos profissionais de saúde, do ACeS Alentejo Central, ainda é reduzida, sendo qualificada, de forma global, em “algum progresso”, ou seja, a qualidade já começa a ser abordada, mas a sua implementação ainda nem atingiu metade das dimensões analisadas (Região Autónoma da Madeira, 2017).

A Estratégia Nacional para a Qualidade, 2015-2020, reforça que, na lógica da melhoria contínua, ainda é necessário aumentar a responsabilização pela qualidade em todas as áreas do sistema e aumentar o comprometimento dos profissionais e das lideranças (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio). Esta afirmação continua a ser válida e corrobora a perceção da qualidade, obtida neste estudo.

Importa ainda concluir que, segundo os profissionais de saúde do ACeS Alentejo Central, a dimensão que explica a maior variância do estudo, 63,2%, são os resultados. Isto significa que, os profissionais de saúde desta organização, visualizam a qualidade mais como um produto, do que como um serviço.

O facto de a dimensão resultados, explicar a maior variância do estudo, provavelmente, poderá relacionar-se com a cultura ocidental, tal como Li (2018) referiu no seu estudo, o foco nos resultados a curto-prazo, esquecendo por vezes os resultados a longo-prazo, bem como o interesse da organização.

Donabedian (1988) refere que os resultados de qualidade em saúde são atingidos, quando se verifica qualidade na estrutura, nos processos e nos serviços. Este estudo permite concluir que, apesar da extrema relevância que os resultados têm para os profissionais de saúde, é necessário continuar a trabalhar na estrutura e processos de qualidade, com o objetivo de melhoria contínua.

Mitropoulos (2019) verificou que o Sistema de Saúde Português está em crescimento nas dimensões de desempenho e qualidade dos serviços. Fulop e Ramsay (2019, p. 2) defendem que as organizações devem “associar incentivos financeiros ao desempenho de qualidade”. Estes estudos vão de acordo, à reestruturação do modelo de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários, em 2017, que segundo a ACSS (2019, p.5), define como um dos pilares deste “processo de reengenharia organizacional”, a “progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho”. Isto porque, atualmente, os incentivos financeiros, além das USF, foram alargados às UCSP, mas ainda falta incluir as UCC.

Em suma, este estudo e a literatura, permitem concluir que a qualidade em saúde é uma área que se começa a desenvolver e a crescer, em Portugal, sendo necessário mais investimento de melhoria contínua nos serviços, e alinhar os processos de qualidade, com as linhas estratégicas de cada organização, de forma a aumentar o reconhecimento e satisfação dos profissionais de saúde.

“Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público” (DGS, 2014b, p. 26).

6.2. Limitações do Estudo

O estudo apresentou algumas limitações, sendo a principal a percentagem reduzida da amostra (34,56%), uma vez que a mesma foi recolhida em apenas 1 semana e meia, sendo o planeado 1 mês, devido à pandemia global, que atingiu Portugal, em março.

Não foi possível realizar comparação entre cada unidade e o seu próprio IDG, tendo sido necessário trabalhar com os valores globais dos IDG e de cada grupo de unidade funcional, uma vez que, devido à pandemia, não foi possível recolher percentagens de amostras superiores, por cada unidade funcional.

A pandemia que o mundo e o País atravessam, bem como a reestruturação e aumento do volume de trabalho, de todos os serviços de saúde, nomeadamente, nos cuidados de saúde primários, onde o estudo foi realizado, e onde a investigadora trabalha, foi a principal limitação do estudo.

6.3. Propostas de Investigação Futuras

Este estudo permite considerar algumas propostas de investigação futuras, nomeadamente:

- Aplicar este estudo junto de outros Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do país;
- Comparar a perceção da qualidade dos cuidados de saúde primários, do ACeS Alentejo Central, com a perceção da qualidade dos cuidados de saúde, a nível internacional;
- Anexar a este questionário (QAP₄CSP), um modelo teórico sobre cultura organizacional, de modo a identificar qual o tipo de cultura das organizações;
- Associar um modelo de qualidade, como o *Common Assessment Framework* (CAF) ou o *European Foundation for Quality Management* (EFQM), aplicados ao sector da saúde, a este estudo.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2017). *Operacionalização da contratualização de cuidados de saúde primários 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ACSS (2018). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ACSS (2019). *Operacionalização da contratualização de cuidados de saúde primários 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- AL-Mhasnah, A., Salleh, F., Afthanorhan, A. & Ghazali, P. (2018). The relationship between services quality and customer satisfaction among Jordanian healthcare sector. *Management Science Letters*, 8(12), 1413-1420. <https://doi:10.5267/j.msl.2018.10.003>
- Almeida, D., Santos, M. & Costa, A. (2010). Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. *XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 15, 1-12.
- Associação Portuguesa para a Qualidade (2018). *Manual de Boas Práticas: Ferramentas de apoio à Inovação Empresarial*. Lisboa: Marsil Artes Gráficas.
- Beitsch, L., Yeager, V. & Moran, J. (2015). Deciphering the imperative: translating public health quality improvement into organizational performance management gains. *Annual review of public health*, 36, 273-287. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122810>
- Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Botje, D., *et al.* (2016). Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amongst health professionals and quality managers in The Netherlands. *BMC health services research*, 16(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1826-3>
- Braithwaite, J., *et al.*, (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. *SAGE open medicine*, 5, 2050312116686516. <https://doi.org/10.1177/2050312116686516>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. 4.^a Edição. Oxford: Oxford University Press.
- Crosby, P. (1979). *Quality is free. The art of making quality certain*. New York: Hodder & Stoughton.

- Cunha, L. (2014). *Impacto do programa nacional de acreditação em saúde: comparação de indicadores entre unidades de saúde familiar acreditadas e não acreditadas*. Trabalho de campo, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Acedido em dezembro 19, 2019, em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15246/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Luis%20Carlos%20Cunha.pdf>
- Deming, W. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: M.I.T, Center for Advanced Engineering Study.
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República n.º 102/2015, Série II*. Assembleia da República.
- DGS (2014a). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde - Gestão Clínica*. 2.^a Edição. Lisboa: DGS.
- DGS (2014b). Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa. DGS
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- ERS (2016). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Porto: ERS.
- Faloudah, A., Qasim, S., & Bahumayd, M. (2015). Total Quality Management in Healthcare. *International Journal of Computer Applications*, 120(12). <https://doi.org/10.2147/RMHP.S197038>
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fulop, N. & Ramsay, A. (2019). How organisations contribute to improving the quality of healthcare. *BMJ*, 365, l1773. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1773>
- Hekmatpou, D., Sorani, M., Farazi, A., Fallahi, Z. & Lashgarara, B. (2010), “A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of arak university of medical sciences with SERVQUAL model in Arak”. *Arak Medical University Journal*, Vol. 15 No. 66, pp. 1-9.
- Hughes, R., & Higginson, I. (2006). Discussion of quality and audit in health. *Journal of health & social policy*, 22(1), 29-38. https://doi.org/10.1300/J045v22n01_03
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Izadi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Masoud, A. & Vali, L. (2017). Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 30 Issue: 7, p.656-663. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2017-0030>
- Juran, J. & Gryna, F. (1988). *Quality control handbook*. 4ª Edição. New York: McGraw-Hill.
- Kokatnur, U., & Pilli, S. (2018). The Quality of Healthcare Delivery in Primary Health Centers Under Public-Private Participation. *IUP Journal of Operations Management*, 17(4), 7.
- Li, Y. (2018). The Comparison between the Eastern and Western Management Ideas. In *3rd International Conference on Contemporary Education, Social Sciences and Humanities (ICCESSH 2018, July)*. Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/iccessh-18.2018.288>
- Ling, T., et al., (2012). *Involving primary care clinicians in quality improvement*. London: The Health Foundation.
- MBNQA (2020). *The seven Baldrige award criteria categories*. Acedido em janeiro 02, 2020, em <https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>
- Miguel, L. & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mitropoulos, P. (2019). Production and quality performance of healthcare services in EU countries during the economic crisis. *Operational Research*, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s12351-019-00483-3>
- Monteiro B., Pisco A., Cadoso F., Bastos S. & Reis M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Cien Saude Colet*. 22(3):725–36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>
- Nadziakiewicz, M. & Mikolajczyk, A. (2019). The quality and safety of health care services. *Management Systems in Production Engineering*, 27(2), 100-104. <https://doi.org/10.1515/mspe-2019-0017>
- Nee, A., Ramendran, C., Gim, Y. & Surlenty, L. (2018). Factors influencing safety performance and impacting quality care among healthcare professionals in Malaysia. In *Proceedings of the 2018 International Conference on Information*

Management & Management Science (p. 144-148). ACM.
<https://doi.org/10.1145/3277139.3277160>

- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Øvretveit J. (2009). *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. London: The Health Foundation.
- Pestana, J., Dimitrovová, K., Charondière, P., Broeiro, P. & Cardoso, S. (2019). Necessidade de um novo impulso na reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Contrariar as desigualdades, integrar os contextos da prática e os determinantes sociais na análise dos desempenhos. In: *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019). Saúde, um direito humano - Relatório Primavera*. Lisboa. Acedido em fevereiro 15, 2020, em <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 6.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Rev Port Saude Publica*, 2, 43-51.
- Região Autónoma da Madeira (2017). *Manual de Apoio à Autoavaliação da Qualidade e Excelência de Serviço e Apresentação de Candidaturas*. 1.ª Edição. Madeira: Qualidade e Excelência de Serviço. Acedido em março 22, 2020, em https://qesa.pt/static/files/Manual_QESM_09032018.pdf
- Regional Office for Europe of the World Health Organization (2018). *Health System Performance: From Assessment to action. Expert workshop in Tallinn, Estonia, 12 June 2018*.
- Rodrigues, A. & Felício, M. (2017) – Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. *Governação clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: Perguntas e Respostas Essenciais*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. 5.ª Edição. England: Prentice Hall.
- SNS (2016). *Política de Saúde*. Acedido em dezembro 15, 2019, em <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>

- SNS – Portal da Transparência (2020). *Acreditação de Unidades de Saúde*. Acedido em janeiro 10, 2020, em <https://dados.gov.pt/pt/datasets/acreditacao-de-unidades-de-saude-1/>
- Soranz D. & Pisco L. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):679-686. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>
- Tsai, T., *et al.*, (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health affairs*, 34(8), 1304-1311. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1282>
- Valmohammadi, C., & Roshanzamir, S. (2015). The guidelines of improvement: Relations among organizational culture, TQM and performance. *International Journal of Production Economics*, 164, 167-178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpe.2014.12.028>
- World Health Organization. (2010). *Portugal -Health system performance assessment: 2010*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2019). *What is quality of care and why is it important?*. Acedido em dezembro 15, 2019, em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- Zhao, M., *et al.*, (2017). Quality assurance and the need to evaluate interventions and audit programme outcomes. *European journal of preventive cardiology*, 24(3_supl), 123-128. <https://doi.org/10.1177/2047487317703829>

ANEXOS

ANEXO I – Resultados descritivos dos Blocos do QAP₄CSP por Unidade Funcional

Gráfico 4 - Bloco 1: Condições por Unidade Funcional

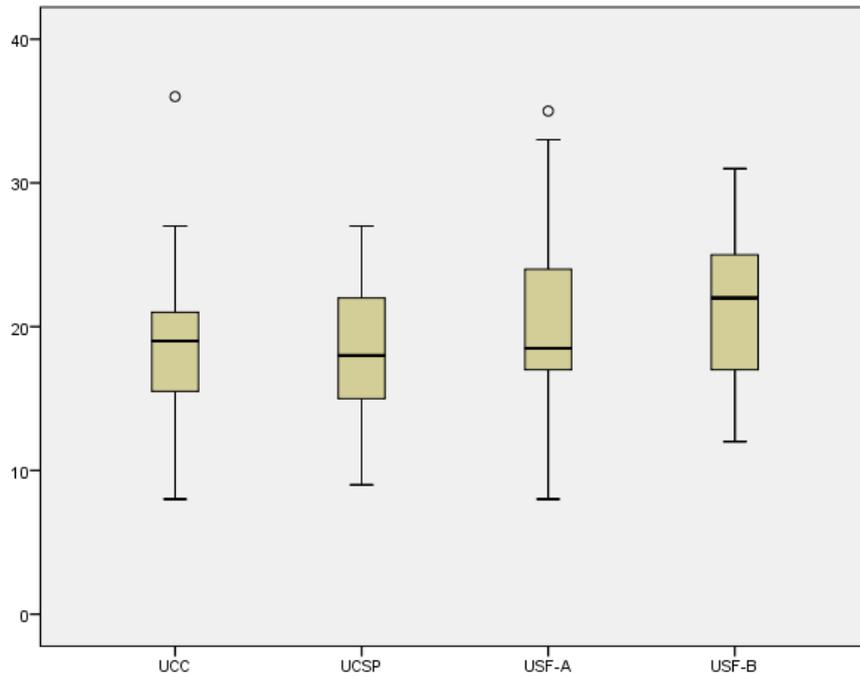


Gráfico 5 - Bloco 2: Recursos por Unidade Funcional

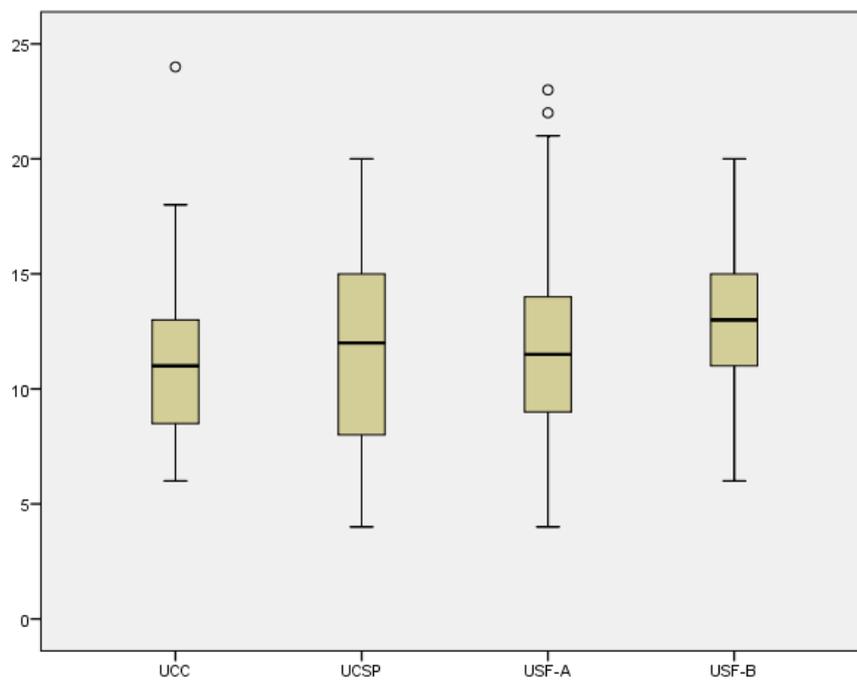


Gráfico 6 - Bloco 3: Serviço por Unidade Funcional

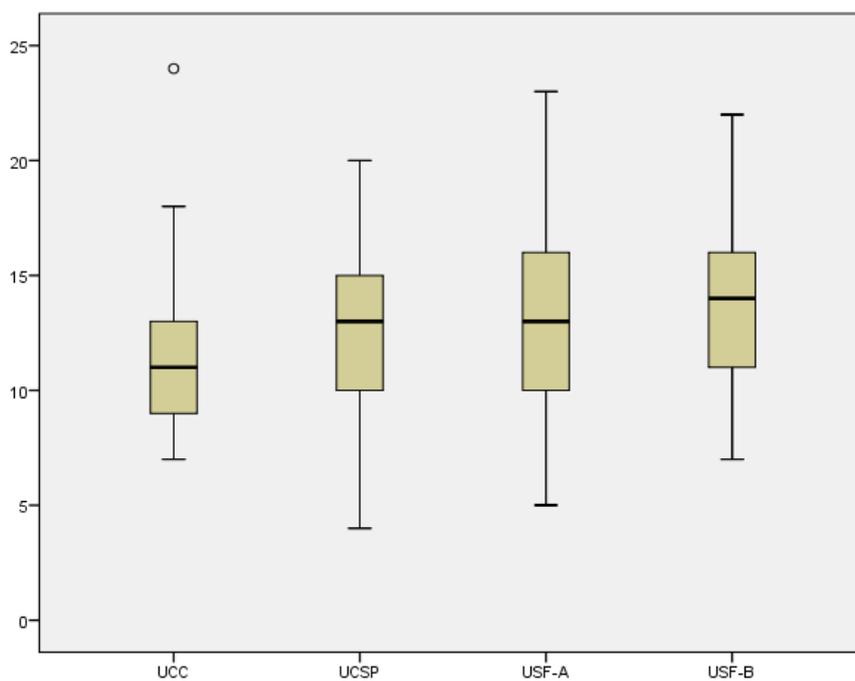


Gráfico 7 – Bloco 4: Foco nos colaboradores por Unidade Funcional

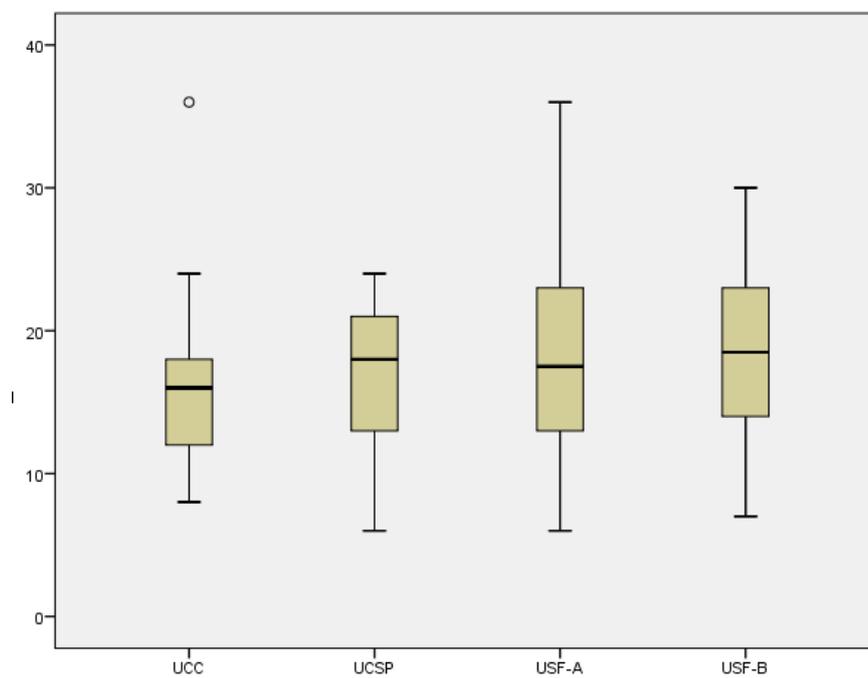
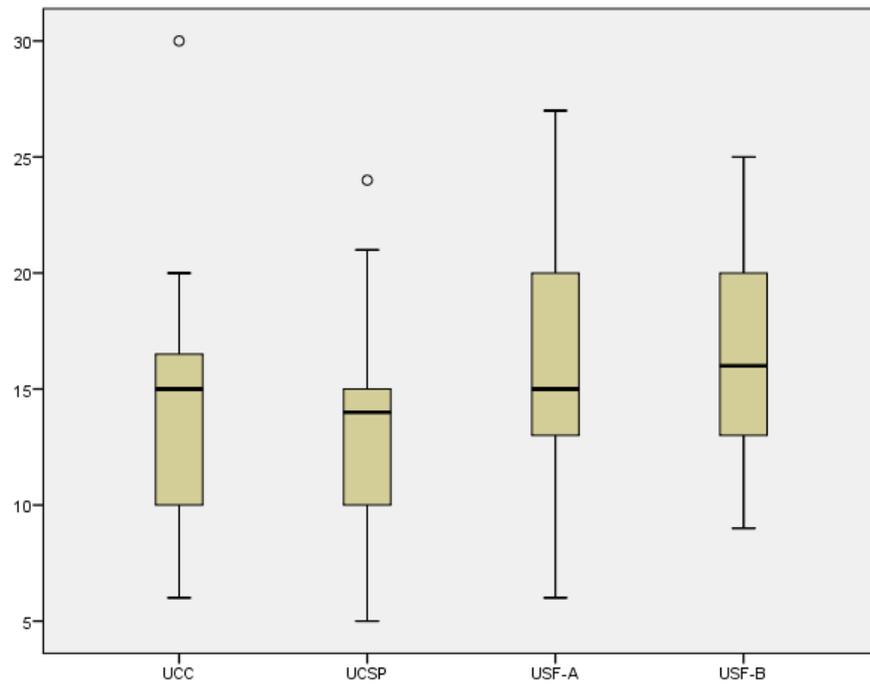


Gráfico 8 - Bloco 5: Resultados Alcançados por Unidade Funcional



ANEXO II – Resultados descritivos dos Blocos do QAP₄CSP por Grupo Profissional

Gráfico 9 - Bloco 1: Condições por Grupo Profissional

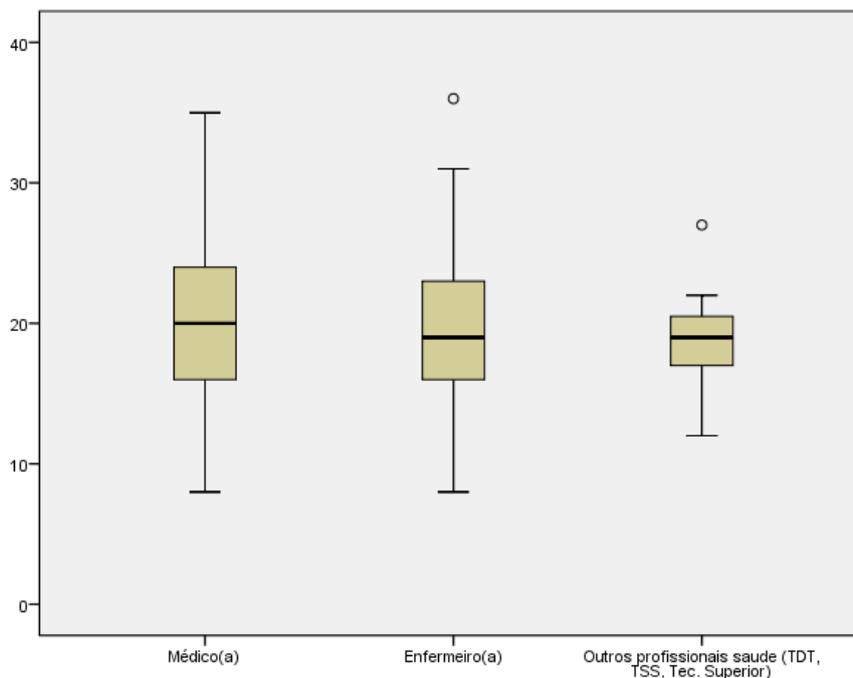


Gráfico 10 - Bloco 2: Recursos por Grupo Profissional

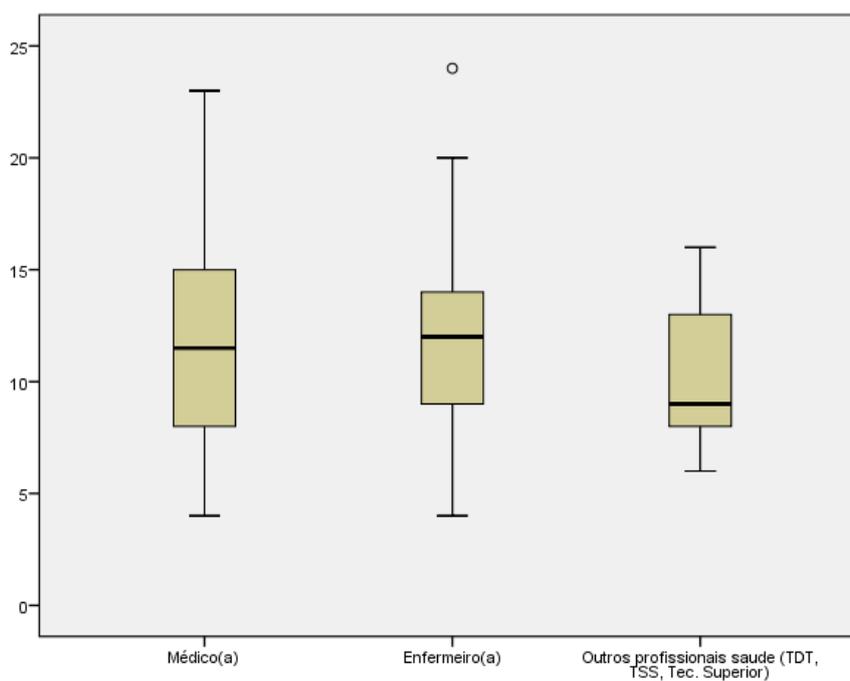


Gráfico 11 - Bloco 3: Serviço por Grupo Profissional

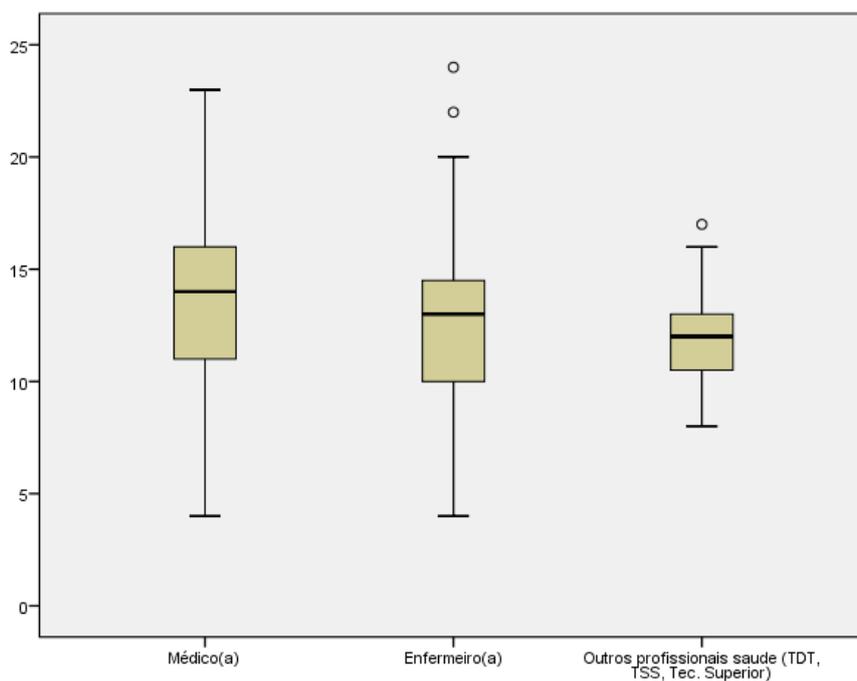


Gráfico 12 - Bloco 4: Foco nos colaboradores por Grupo Profissional

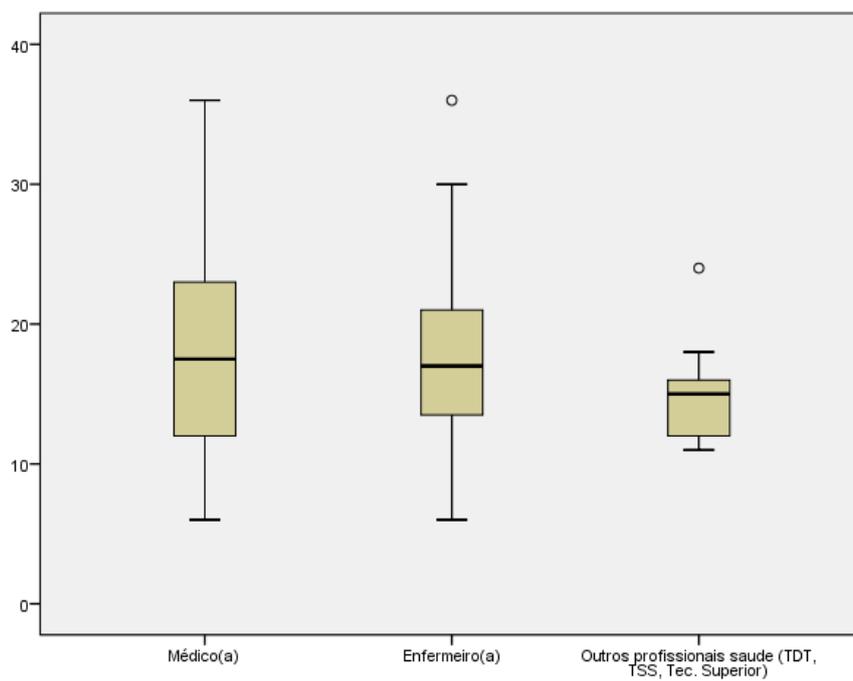
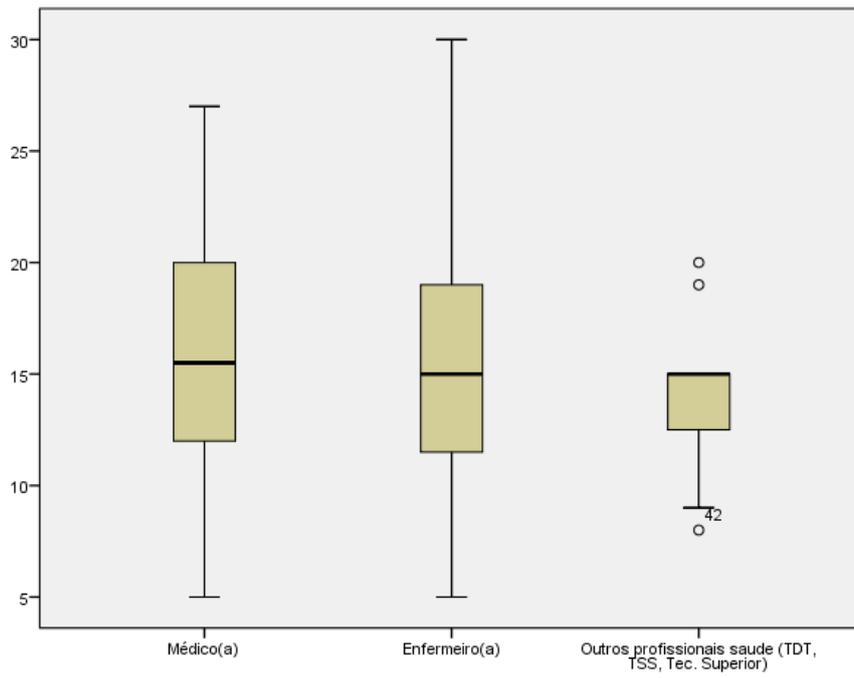


Gráfico 13 - Bloco 5: Resultados Alcançados por Grupo Profissional



ANEXO III – Teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Unidade Funcional

Tabela 24 - Teste de Normalidade do Bloco 1 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
UCC	,132	43	,059	,967	43	,245
Bloco1: UCSP	,178	17	,155	,963	17	,692
Condições USF-A	,149	22	,200*	,947	22	,272
USF-B	,084	30	,200*	,971	30	,573

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 25 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 1 por Unidade Funcional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,279	3	108	,840

Tabela 26 - Teste ANOVA do Bloco 1 por Unidade Funcional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	178,582	3	59,527	1,924	,130
Within Groups	3342,195	108	30,946		
Total	3520,777	111			

Gráfico 14- Teste ANOVA por Unidade Funcional, Bloco 1: Condições

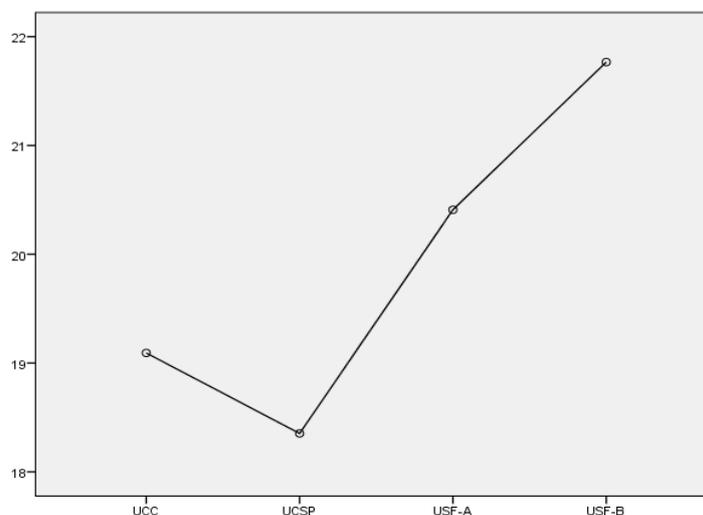


Tabela 27 - Teste de Normalidade do Bloco 2 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco2: UCC	,169	43	,004	,909	43	,002
Recursos UCSP	,146	17	,200*	,973	17	,875
USF-A	,208	22	,014	,900	22	,030
USF-B	,089	30	,200*	,980	30	,817

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 28 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 2 por Unidade Funcional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,144	3	108	,335

Tabela 29 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 2 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	N	Mean Rank
Bloco2_Recursos UCC	43	49,52
UCSP	17	58,74
USF-A	22	56,95
USF-B	30	64,90
Total	112	

Test Statistics^{a,b}

	Bloco2:Recursos
Chi-Square	4,106
df	3
Asymp. Sig.	,250

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Qual a sua Unidade Funcional?

Gráfico 15 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 2: Recursos

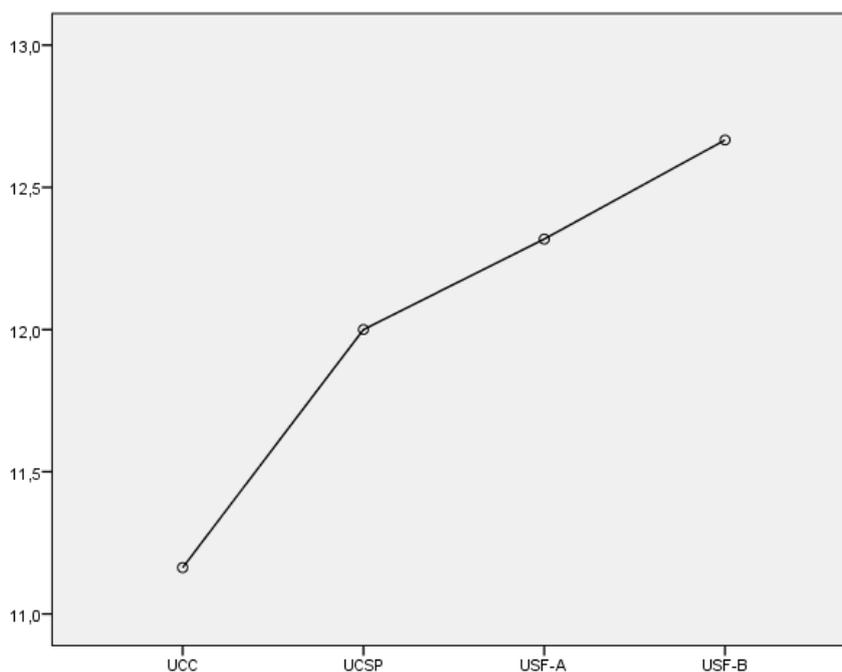


Tabela 30 - Teste de Normalidade do Bloco 3 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco3: UCC	,144	43	,025	,911	43	,003
Serviço UCSP	,123	17	,200*	,960	17	,634
USF-A	,164	22	,125	,947	22	,273
USF-B	,089	30	,200*	,981	30	,863

*, This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 31 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 3 por Unidade Funcional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,209	3	108	,310

Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 3 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	N	Mean Rank
UCC	43	46,78
UCSP	17	55,76
USF-A	22	61,64
USF-B	30	67,08
Total	112	

Test Statistics^{a,b}

	Bloco3_Serviço
Chi-Square	7,659
df	3
Asymp. Sig.	,054

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Qual a sua Unidade Funcional?

Gráfico 16 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 3: Serviço

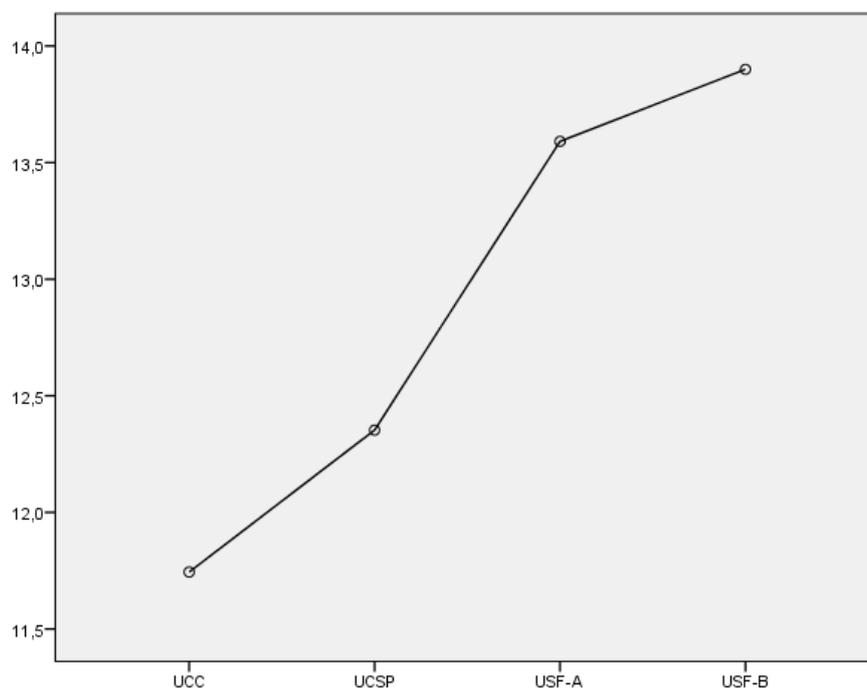


Tabela 33 - Teste de Normalidade do Bloco 4 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
UCC	,137	43	,041	,888	43	,001
UCSP	,138	17	,200*	,906	17	,086
USF-A	,139	22	,200*	,962	22	,529
USF-B	,109	30	,200*	,980	30	,813

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 34 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 4 por Unidade Funcional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,762	3	108	,159

Tabela 35 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 4 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?		N	Mean Rank
Bloco4: Foco Colaboradores	UCC	43	49,51
	UCSP	17	56,26
	USF-A	22	59,68
	USF-B	30	64,32
	Total	112	

Test Statistics^{a,b}

	Bloco4: Foco Colaboradores
Chi-Square	3,954
df	3
Asymp. Sig.	,266

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Qual a sua Unidade Funcional?

Gráfico 17 - Teste Kruskal-Wallis por Unidade Funcional, Bloco 4: Foco nos Colaboradores

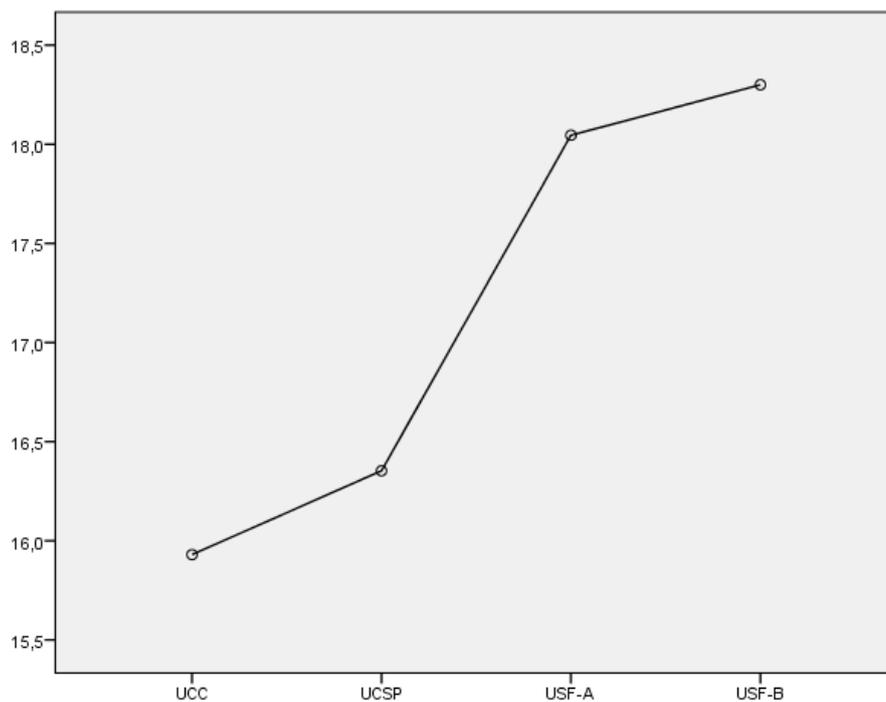


Tabela 36 - Teste de Normalidade do Bloco 5 por Unidade Funcional

Qual a sua Unidade Funcional?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco5: Resultados Alcançados	UCC	,124	43	,096	,939	43	,024
	UCSP	,203	17	,060	,947	17	,406
	USF-A	,165	22	,120	,977	22	,863
	USF-B	,134	30	,176	,952	30	,195

a. Lilliefors Significance Correction

a. Lilliefors Significance Correction

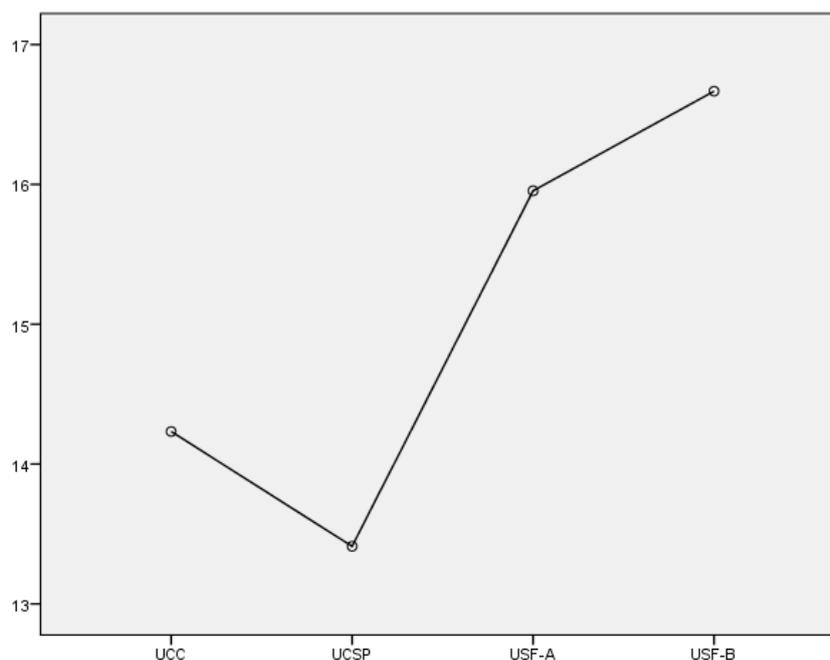
Tabela 37 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 5 por Unidade Funcional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,150	3	108	,930

Tabela 38 - Teste ANOVA do Bloco 5 por Unidade Funcional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	170,506	3	56,835	2,478	,065
Within Groups	2477,413	108	22,939		
Total	2647,920	111			

Gráfico 18 - Teste ANOVA por Unidade Funcional, Bloco 5: Resultados Alcançados



ANEXO IV – Teste ANOVA e Kruskal-Wallis por Grupo Profissional

Tabela 39 - Teste de Normalidade do Bloco 1 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Médico(a)	,087	30	,200*	,986	30	,948
Enfermeiro(a)	,080	71	,200*	,988	71	,726
Bloco1: Condições Outros profissionais saúde (TSDT, TSS, TS)	,154	11	,200*	,962	11	,795

*. This is a lower bound of the true significance.

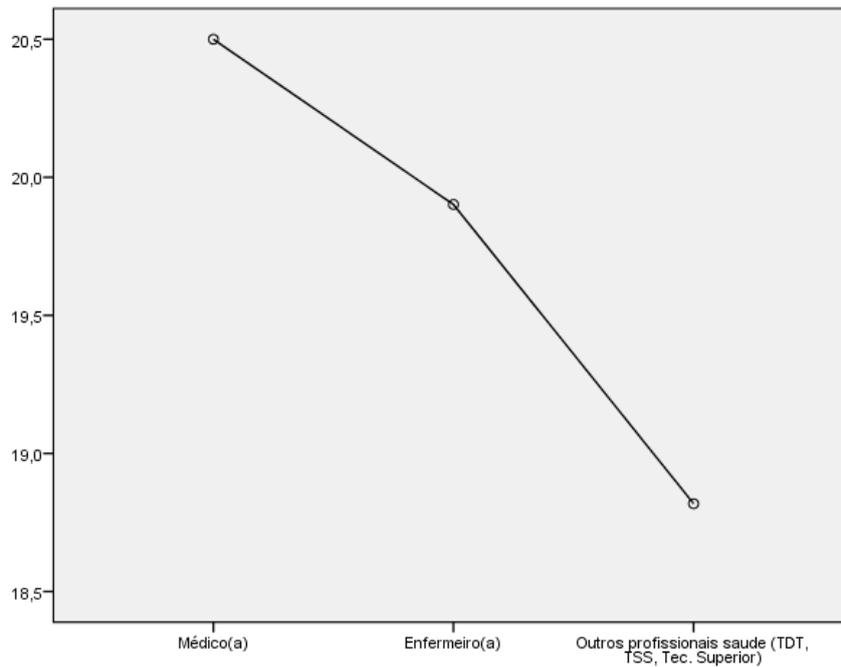
Tabela 40 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 1 por Grupo Profissional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,962	2	109	,056

Tabela 41 - Teste ANOVA do Bloco 1 por Grupo Profissional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,331	2	11,665	,364	,696
Within Groups	3497,446	109	32,087		
Total	3520,777	111			

Gráfico 19 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 1: Condições



Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior

Tabela 42 - Teste de Normalidade do Bloco 2 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco2: Recursos	Médico(a)	,122	30	,200*	,954	30	,214
	Enfermeiro(a)	,098	71	,086	,971	71	,100
	Outros profissionais saúde (TDT, TSS, TS)	,207	11	,200*	,937	11	,481

*. This is a lower bound of the true significance.

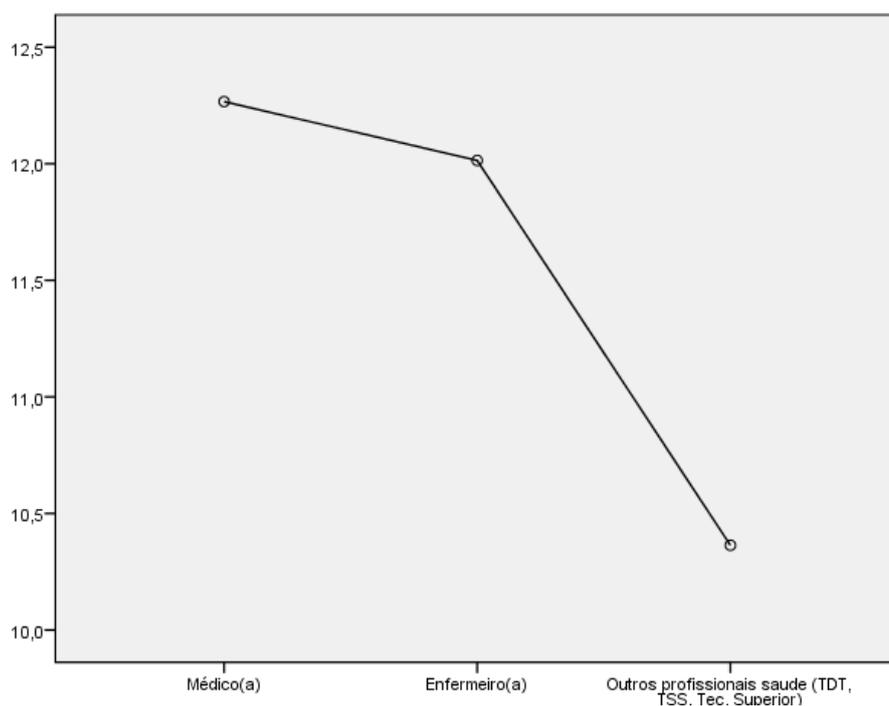
Tabela 43 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 2 por Grupo Profissional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,222	2	109	,113

Tabela 44 - Teste ANOVA do Bloco 2 por Grupo Profissional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	30,879	2	15,439	,997	,372
Within Groups	1687,398	109	15,481		
Total	1718,277	111			

Gráfico 20 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 2: Recursos



Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior

Tabela 45 - Teste de Normalidade do Bloco 3 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Médico(a)	,108	30	,200*	,980	30	,814
Enfermeiro(a)	,096	71	,173	,974	71	,151
Outros profissionais saúde (TDT, TSS, Tec. Superior)	,169	11	,200*	,941	11	,535

*. This is a lower bound of the true significance.

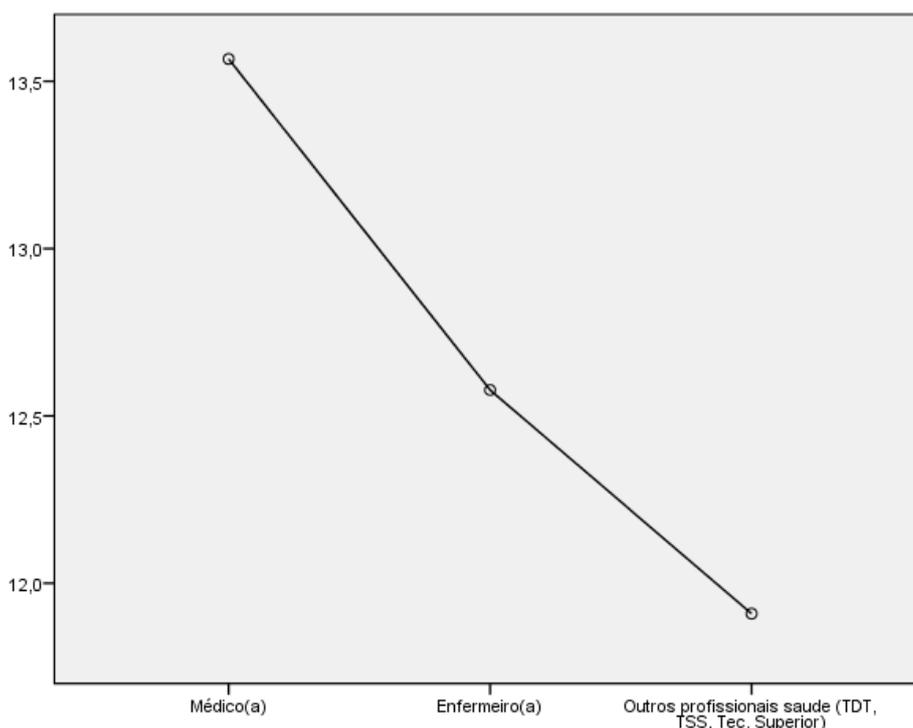
Tabela 46 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 3 por Grupo Profissional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,450	2	109	,091

Tabela 47 - Teste ANOVA do Bloco 3 por Grupo Profissional

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	29,820	2	14,910	,951	,390
Within Groups	1709,600	109	15,684		
Total	1739,420	111			

Gráfico 21 - Teste ANOVA por Grupo Profissional, Bloco 3: Serviço



Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior

Tabela 48 - Teste de Normalidade do Bloco 4 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco4: Foco	Médico(a)	,092	30	,200*	,965	30	,417

Colaboradores	Enfermeiro(a)	,068	71	,200*	,971	71	,104
	Outros profissionais saúde (TSDT, TSS, TS)	,205	11	,200*	,870	11	,078

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 49 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 4 por Grupo Profissional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5,310	2	109	,006

Tabela 50 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 4 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada		N	Mean Rank
Bloco4: Foco Colaboradores	Médico(a)	30	57,12
	Enfermeiro(a)	71	58,24
	Outros profissionais saúde (TSDT, TSS, TS)	11	43,59
	Total	112	

Test Statistics^{a,b}

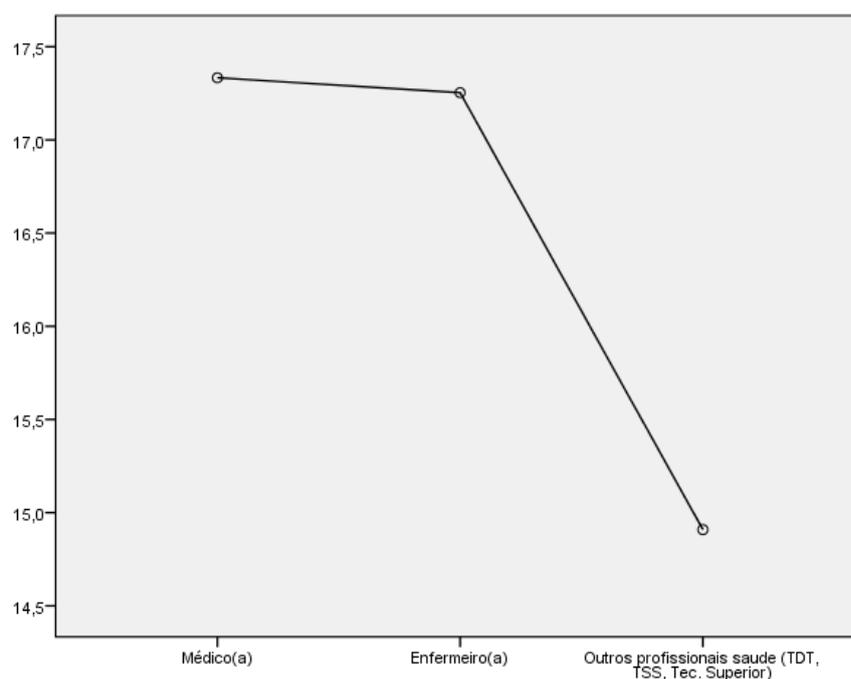
	Bloco4_FocoColaboradores
Chi-Square	1,959
df	2
Asymp. Sig.	,376

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Categoria profissional Agregada

b. Grouping Variable: Qual a sua Unidade Funcional?

Gráfico 22 - Teste Kruskal-Wallis por Grupo Profissional, Bloco 4: Foco nos Colaboradores



Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior

Tabela 51 - Teste de Normalidade do Bloco 5 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bloco5: Resultados Alcançados	Médico(a)	,091	30	,200*	,985	30	,938
	Enfermeiro(a)	,137	71	,002	,970	71	,085
	Outros profissionais saúde (TSDT, TSS, TS)	,229	11	,111	,919	11	,312

*. This is a lower bound of the true significance.

Tabela 52 - Teste de Homogeneidade de Variâncias do Bloco 5 por Grupo Profissional

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,039	2	109	,357

Tabela 53 - Teste Kruskal-Wallis do Bloco 5 por Grupo Profissional

Categoria profissional Agregada	N	Mean Rank
Médico(a)	30	60,40
Enfermeiro(a)	71	55,81
Bloco5: Resultados Alcançados Outros profissionais saúde (TSDT, TSS, TS)	11	50,32
Total	112	

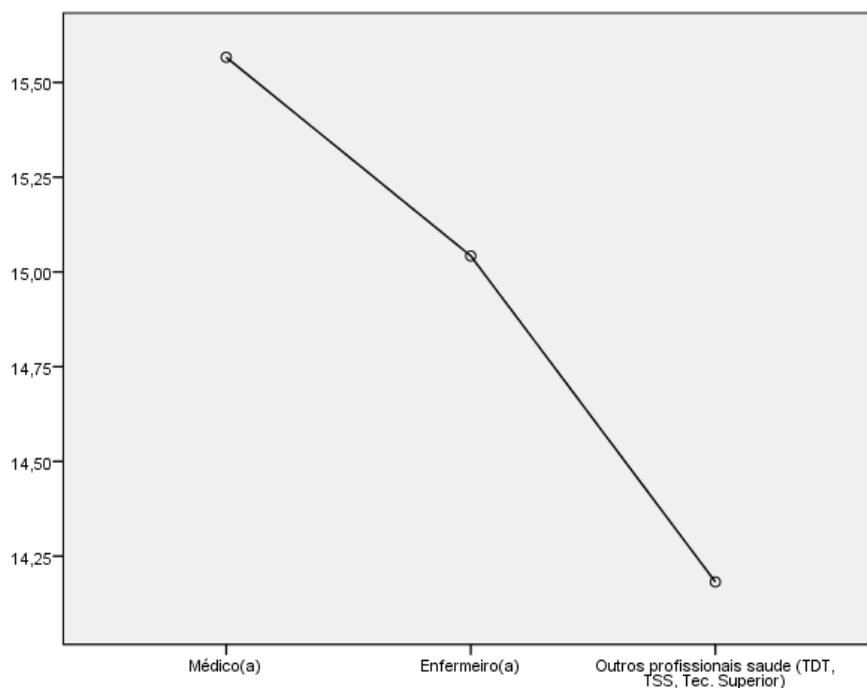
Test Statistics^{a,b}

	Bloco5_ResultadosAlcançados
Chi-Square	,876
df	2
Asymp. Sig.	,645

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Categoria profissional Agregada

Gráfico 23 - Teste Kruskal-Wallis por Grupo Profissional, Bloco 5: Resultados Alcançados



Notas: TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica; TSS – Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior

ANEXO V – Correlação de Spearman do QAP₄CSP

Tabela 54 - Correlação de Spearman UCC

Spearman's rho (N = 43)		I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	IDG
I.1	r	,750**	,486**	,422**	,558**	,451**	,501**	,445**	,591**	,564**	,350*	,391**	,349*	,200	,325*	,493**	,423**	,532**	,494**	,466**	,309*	,323*	,416**	,410**	,226	,461**
	p-value	,000	,001	,005	,000	,002	,001	,003	,000	,000	,000	,022	,010	,022	,198	,033	,001	,005	,000	,001	,002	,043	,035	,006	,006	,145	,002
I.2	r	1,000	,543**	,476**	,569**	,561**	,515**	,414**	,604**	,460**	,471**	,404**	,424**	,418**	,289	,547**	,478**	,561**	,426**	,566**	,475**	,421**	,479**	,430**	,393**	,309*
	p-value		,000	,001	,000	,000	,000	,006	,000	,000	,002	,001	,007	,005	,005	,060	,000	,001	,000	,004	,000	,001	,005	,001	,004	,009	,044
I.3	r		1,000	,871**	,527**	,591**	,356*	,407**	,446**	,629**	,591**	,599**	,388*	,405**	,343*	,515**	,549**	,610**	,397**	,458**	,691**	,600**	,656**	,601**	,480**	,142
	p-value			,000	,000	,000	,019	,007	,003	,000	,000	,000	,010	,007	,024	,000	,000	,000	,008	,002	,000	,000	,000	,000	,001	,364
I.4	r			1,000	,681**	,635**	,387*	,366*	,505**	,629**	,739**	,657**	,369*	,412**	,385*	,489**	,607**	,594**	,420**	,497**	,689**	,540**	,677**	,707**	,469**	,265
	p-value				,000	,000	,010	,016	,001	,000	,000	,000	,015	,006	,011	,001	,000	,000	,005	,001	,000	,000	,000	,000	,002	,086
I.5	r				1,000	,738**	,425**	,366*	,572**	,550**	,636**	,490**	,598**	,399**	,476**	,548**	,647**	,737**	,490**	,610**	,481**	,436**	,586**	,680**	,400**	,433**
	p-value					,000	,005	,016	,000	,000	,000	,001	,000	,008	,001	,000	,000	,000	,001	,000	,001	,003	,000	,000	,008	,004
I.6	r					1,000	,492**	,493**	,369*	,455**	,579**	,389**	,396**	,410**	,340*	,548**	,515**	,629**	,367*	,470**	,448**	,303*	,438**	,434**	,367*	,266
	p-value						,001	,001	,015	,002	,000	,010	,009	,006	,026	,000	,000	,000	,016	,001	,003	,048	,003	,004	,015	,084
I.7	r						1,000	,724**	,493**	,370*	,439**	,456**	,137	,159	,334*	,411**	,258	,397**	,343*	,292	,368*	,304*	,281	,242	,373*	,338*
	p-value							,000	,001	,015	,003	,002	,381	,310	,029	,006	,095	,008	,024	,057	,015	,048	,068	,119	,014	,027
I.8	r							1,000	,499**	,505**	,428**	,599**	,351*	,476**	,302*	,458**	,439**	,566**	,378*	,244	,300	,327*	,217	,230	,393**	,410**
	p-value								,001	,001	,004	,000	,021	,001	,049	,002	,003	,000	,013	,114	,051	,033	,162	,137	,009	,006

I.9	r									1,000	,686**	,493**	,519**	,466**	,442**	,358*	,457**	,528**	,580**	,520**	,416**	,452**	,450**	,435**	,552**	,329*	,495*
	<i>p-value</i>										,000	,001	,000	,002	,003	,018	,002	,000	,000	,000	,006	,002	,002	,004	,000	,031	,001
I.10	r										1,000	,488**	,585**	,532**	,555**	,469**	,594**	,456**	,621**	,464**	,452**	,470**	,520**	,479**	,511**	,411**	,410*
	<i>p-value</i>											,001	,000	,000	,000	,001	,000	,002	,000	,002	,002	,001	,000	,001	,000	,006	,006
I.11	r											1,000	,760**	,375*	,301*	,359*	,466**	,595**	,567**	,489**	,563**	,658**	,466**	,637**	,648**	,362*	,325*
	<i>p-value</i>												,000	,013	,050	,018	,002	,000	,000	,001	,000	,000	,002	,000	,000	,017	,034
I.12	r												1,000	,570**	,440**	,409**	,431**	,482**	,513**	,495**	,463**	,566**	,602**	,582**	,592**	,489**	,374*
	<i>p-value</i>													,000	,003	,006	,004	,001	,000	,001	,002	,000	,000	,000	,000	,001	,013
I.13	r													1,000	,537**	,331*	,458**	,484**	,595**	,432**	,410**	,277	,474**	,467**	,527**	,482**	,500*
	<i>p-value</i>														,000	,030	,002	,001	,000	,004	,006	,072	,001	,002	,000	,001	,001
I.14	r														1,000	,251	,377*	,358*	,482**	,154	,262	,279	,350*	,269	,348*	,405**	,273
	<i>p-value</i>															,104	,013	,018	,001	,326	,090	,070	,021	,082	,022	,007	,077
I.15	r															1,000	,616**	,323*	,643**	,489**	,251	,403**	,394**	,380*	,380*	,280	,171
	<i>p-value</i>																,000	,034	,000	,001	,105	,007	,009	,012	,012	,069	,273
I.16	r																1,000	,456**	,649**	,445**	,363*	,610**	,501**	,519**	,481**	,428**	,264
	<i>p-value</i>																	,002	,000	,003	,017	,000	,001	,000	,001	,004	,087
I.17	r																	1,000	,677**	,474**	,494**	,573**	,528**	,552**	,690**	,424**	,348*
	<i>p-value</i>																		,000	,001	,001	,000	,000	,000	,000	,005	,022
I.18	r																		1,000	,701**	,497**	,602**	,614**	,613**	,609**	,493**	,324*
	<i>p-value</i>																			,000	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,034
I.19	r																			1,000	,640**	,509**	,535**	,555**	,506**	,350*	,226

Tabela 55 - Correlação de Spearman UCSP

Spearman's rho (N = 17)		I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	IDG
I.1	r	,504*	,593*	,588*	,104	,132	,186	,005	- ,033	,217	,331	,467	,350	,083	,050	,131	,084	,202	,193	- ,002	,435	,366	,398	,141	,331	,141
	p-value	,039	,012	,013	,692	,613	,475	,986	,899	,403	,195	,059	,168	,751	,849	,616	,748	,437	,458	,994	,081	,149	,114	,590	,194	,590
I.2	r	1,000	,779**	,744**	,590*	,607**	,631**	,516*	,487*	,696**	,780**	,755**	,755**	,268	,565*	,621**	,580*	,784**	,609**	,415	,815**	,790**	,760**	,679**	,781**	-,028
	p-value		,000	,001	,013	,010	,007	,034	,047	,002	,000	,000	,000	,298	,018	,008	,015	,000	,009	,097	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,914
I.3	r		1,000	,943**	,745**	,733**	,635**	,538*	,554*	,743**	,734**	,731**	,798**	,188	,644**	,593*	,674**	,742**	,576*	,383	,824**	,820**	,757**	,673**	,663**	,337
	p-value			,000	,001	,001	,006	,026	,021	,001	,001	,001	,000	,470	,005	,012	,003	,001	,016	,129	,000	,000	,000	,003	,004	,187
I.4	r			1,000	,760**	,770**	,625**	,468	,577*	,809**	,687**	,726**	,778**	,205	,582*	,581*	,613**	,753**	,680**	,549*	,820**	,811**	,775**	,648**	,667**	,257
	p-value				,000	,000	,007	,058	,015	,000	,002	,001	,000	,429	,014	,014	,009	,000	,003	,022	,000	,000	,000	,005	,003	,319
I.5	r				1,000	,906**	,882**	,778**	,819**	,852**	,822**	,625**	,765**	,375	,783**	,793**	,894**	,847**	,633**	,553*	,867**	,873**	,821**	,785**	,743**	,450
	p-value					,000	,000	,000	,000	,000	,000	,007	,000	,138	,000	,000	,000	,000	,006	,021	,000	,000	,000	,000	,001	,070
I.6	r					1,000	,798**	,705**	,799**	,798**	,756**	,751**	,822**	,416	,645**	,682**	,820**	,803**	,727**	,648**	,834**	,822**	,761**	,686**	,703**	,247
	p-value						,000	,002	,000	,000	,000	,001	,000	,096	,005	,003	,000	,000	,001	,005	,000	,000	,000	,002	,002	,339
I.7	r						1,000	,877**	,672**	,672**	,867**	,621**	,672**	,323	,755**	,720**	,857**	,815**	,515*	,372	,816**	,842**	,796**	,726**	,737**	,486*
	p-value							,000	,003	,003	,000	,008	,003	,206	,000	,001	,000	,000	,034	,141	,000	,000	,000	,001	,001	,048
I.8	r							1,000	,630**	,541*	,809**	,550*	,594*	,260	,761**	,606**	,812**	,737**	,357	,136	,703**	,718**	,663**	,592*	,555*	,359
	p-value								,007	,025	,000	,022	,012	,313	,000	,010	,000	,001	,160	,602	,002	,001	,004	,012	,021	,157
I.9	r								1,000	,848**	,720**	,613**	,785**	,672**	,721**	,726**	,780**	,789**	,590*	,519*	,774**	,704**	,637**	,733**	,664**	,295
	p-value									,000	,001	,009	,000	,003	,001	,001	,000	,000	,013	,033	,000	,002	,006	,001	,004	,250

I.10	r									1,000	,812**	,748**	,874**	,490*	,717**	,735**	,703**	,858**	,773**	,700**	,869**	,813**	,769**	,790**	,842**	,202
	<i>p-value</i>										,000	,001	,000	,046	,001	,001	,002	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,437
I.11	r										1,000	,804**	,850**	,428	,805**	,793**	,845**	,853**	,575*	,380	,906**	,857**	,822**	,754**	,874**	,327
	<i>p-value</i>											,000	,000	,086	,000	,000	,000	,000	,016	,132	,000	,000	,000	,000	,000	,200
I.12	r											1,000	,937**	,410	,593*	,533*	,566*	,684**	,708**	,415	,829**	,756**	,745**	,628**	,737**	-,014
	<i>p-value</i>												,000	,102	,012	,028	,018	,002	,001	,097	,000	,000	,001	,007	,001	,959
I.13	r												1,000	,508*	,751**	,669**	,710**	,760**	,671**	,457	,884**	,818**	,769**	,762**	,798**	,116
	<i>p-value</i>													,038	,001	,003	,001	,000	,003	,065	,000	,000	,000	,000	,000	,656
I.14	r													1,000	,280	,265	,356	,462	,329	,306	,527*	,378	,302	,342	,487*	,150
	<i>p-value</i>														,276	,304	,160	,062	,198	,233	,030	,134	,239	,179	,047	,566
I.15	r														1,000	,715**	,804**	,745**	,413	,183	,737**	,792**	,753**	,840**	,633**	,346
	<i>p-value</i>															,001	,000	,001	,100	,482	,001	,000	,000	,000	,006	,173
I.16	r															1,000	,903**	,706**	,427	,393	,742**	,687**	,722**	,643**	,654**	,342
	<i>p-value</i>																,000	,002	,088	,119	,001	,002	,001	,005	,004	,179
I.17	r																1,000	,781**	,415	,339	,786**	,762**	,729**	,665**	,641**	,516*
	<i>p-value</i>																	,000	,097	,183	,000	,000	,001	,004	,006	,034
I.18	r																	1,000	,781**	,621**	,892**	,888**	,835**	,789**	,804**	,286
	<i>p-value</i>																		,000	,008	,000	,000	,000	,000	,000	,265
I.19	r																		1,000	,847**	,727**	,736**	,735**	,655**	,706**	-,064
	<i>p-value</i>																			,000	,001	,001	,001	,004	,002	,807
I.20	r																			1,000	,503*	,493*	,458	,453	,617**	-,009

Tabela 56 - Correlação de Spearman USF - A

Spearman's rho (n = 22)		I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	IDG
I.1	r	,645**	,505*	,636**	,610**	,679**	,370	,502*	,677**	,650**	,704**	,650**	,753**	,588**	,530*	,534*	,635**	,640**	,516*	,667**	,441*	,545**	,539**	,536*	,365	,266
	p-value	,001	,017	,001	,003	,001	,090	,017	,001	,001	,000	,001	,000	,004	,011	,011	,002	,001	,014	,001	,040	,009	,010	,010	,095	,231
I.2	r	1,000	,831**	,786**	,709**	,737**	,637**	,687**	,592**	,533*	,773**	,704**	,783**	,807**	,737**	,638**	,769**	,779**	,659**	,711**	,487*	,561**	,658**	,427*	,287	,031
	p-value		,000	,000	,000	,000	,001	,000	,004	,011	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,001	,000	,021	,007	,001	,048	,195	,892
I.3	r		1,000	,903**	,647**	,747**	,759**	,752**	,717**	,667**	,756**	,761**	,760**	,853**	,800**	,786**	,848**	,807**	,794**	,797**	,590**	,623**	,784**	,643**	,497*	,194
	p-value			,000	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,002	,000	,001	,019	,387
I.4	r			1,000	,598**	,715**	,661**	,752**	,710**	,836**	,819**	,843**	,854**	,788**	,760**	,763**	,815**	,804**	,841**	,838**	,515*	,547**	,710**	,562**	,441*	,158
	p-value				,003	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,014	,008	,000	,007	,040	,482
I.5	r				1,000	,770**	,431*	,532*	,702**	,505*	,747**	,602**	,799**	,816**	,700**	,651**	,719**	,597**	,417	,608**	,680**	,663**	,636**	,655**	,586**	,184
	p-value					,000	,045	,011	,000	,017	,000	,003	,000	,000	,000	,001	,000	,003	,053	,003	,000	,001	,001	,001	,004	,411
I.6	r					1,000	,713**	,592**	,732**	,595**	,827**	,720**	,754**	,786**	,824**	,776**	,762**	,812**	,660**	,750**	,562**	,595**	,749**	,659**	,333	,268
	p-value						,000	,004	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,006	,003	,000	,001	,130	,228	
I.7	r						1,000	,737**	,443*	,399	,537*	,632**	,552**	,621**	,737**	,598**	,647**	,805**	,700**	,620**	,684**	,733**	,776**	,671**	,390	,147
	p-value							,000	,039	,066	,010	,002	,008	,002	,000	,003	,001	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,001	,073	,514
I.8	r							1,000	,533*	,600**	,676**	,823**	,751**	,582**	,767**	,574**	,582**	,911**	,714**	,709**	,655**	,711**	,721**	,585**	,559**	,103
	p-value								,011	,003	,001	,000	,000	,004	,000	,005	,004	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,004	,007	,649
I.9	r								1,000	,796**	,815**	,680**	,756**	,641**	,677**	,727**	,781**	,648**	,431*	,743**	,535*	,574**	,658**	,670**	,554**	,304
	p-value									,000	,000	,001	,000	,001	,001	,000	,000	,001	,045	,000	,010	,005	,001	,001	,007	,168
I.10	r									1,000	,721**	,803**	,795**	,507*	,688**	,765**	,754**	,664**	,668**	,805**	,409	,460*	,687**	,517*	,499*	,129

																				0	**	**	**	**	
	<i>p-value</i>																				,000	,000	,000	,000	,135
I.22	r																				1,00	,811	,878	,784	,115
	<i>p-value</i>																					,000	,000	,000	,609
I.23	r																					1,00	,770	,682	,133
	<i>p-value</i>																						,000	,000	,555
I.24	r																						1,00	,767	,466
	<i>p-value</i>																							,000	,029
I.25	r																							1,00	,170
	<i>p-value</i>																								,450

Fonte: Elaboração própria

Notas: r – Coeficiente de correlação; I. – item; ** Correlação significativa a $p < 0,01$; *. Correlação significativa a $p < 0,05$.

Tabela 57 - Correlação de Spearman USF - B

Spearman's rho (n = 30)		I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	IDG
I.1	r	,759**	,821**	,815**	,539**	,591**	,346	,327	,255	,615**	,377*	,598**	,521**	,351	,585**	,725**	,591**	,586**	,492**	,324	,789**	,550**	,759**	,698**	,419*	,128
	p-value	,000	,000	,000	,002	,001	,061	,077	,173	,000	,040	,000	,003	,057	,001	,000	,001	,001	,006	,081	,000	,002	,000	,000	,021	,499
I.2	r	1,000	,661**	,738**	,453*	,558**	,460*	,334	,245	,678**	,424*	,618**	,550**	,489**	,696**	,753**	,612**	,602**	,513**	,346	,562**	,367*	,580**	,584**	,418*	,002
	p-value		,000	,000	,012	,001	,011	,071	,193	,000	,020	,000	,002	,006	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,061	,001	,046	,001	,001	,021	,993
I.3	r		1,000	,877**	,648**	,804**	,486**	,417*	,526**	,687**	,598**	,728**	,616**	,379*	,661**	,782**	,718**	,704**	,577**	,343	,685**	,688**	,749**	,560**	,526**	,168
	p-value			,000	,000	,000	,006	,022	,003	,000	,000	,000	,000	,039	,000	,000	,000	,000	,001	,063	,000	,000	,000	,001	,003	,376
I.4	r			1,000	,565**	,664**	,513**	,342	,441*	,658**	,566**	,610**	,546**	,401*	,683**	,693**	,695**	,659**	,591**	,344	,733**	,629**	,732**	,608**	,521**	,200
	p-value				,001	,000	,004	,064	,015	,000	,001	,000	,002	,028	,000	,000	,000	,000	,001	,063	,000	,000	,000	,000	,003	,289
I.5	r				1,000	,706**	,202	,207	,401*	,546**	,508**	,528**	,409*	,360	,501**	,490**	,462*	,530**	,517**	,453*	,488**	,557**	,560**	,504**	,516**	,054
	p-value					,000	,284	,271	,028	,002	,004	,003	,025	,051	,005	,006	,010	,003	,003	,012	,006	,001	,001	,004	,003	,778
I.6	r					1,000	,386*	,412*	,644**	,751**	,696**	,745**	,614**	,512**	,568**	,661**	,585**	,681**	,577**	,317	,543**	,618**	,611**	,502**	,559**	,105
	p-value						,035	,024	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,001	,000	,001	,000	,001	,088	,002	,000	,000	,005	,001	,580
I.7	r						1,000	,686**	,509**	,506**	,430*	,551**	,587**	,356	,579**	,591**	,652**	,645**	,392*	,497**	,401*	,530**	,554**	,434*	,417*	,191
	p-value							,000	,004	,004	,018	,002	,001	,054	,001	,001	,000	,000	,032	,005	,028	,003	,001	,017	,022	,312
I.8	r							1,000	,498**	,530**	,402*	,417*	,596**	,326	,255	,441*	,481**	,475**	,276	,420*	,233	,365*	,392*	,275	,205	-
	p-value								,005	,003	,028	,022	,001	,078	,173	,015	,007	,008	,140	,021	,216	,047	,032	,141	,277	,706
I.9	r								1,000	,614**	,692**	,560**	,539**	,541**	,367*	,404*	,427*	,434*	,277	,180	,358	,552**	,397*	,304	,307	,140

I.19	r																		1,00	,630	,532	,490	,663	,526	,744	-
	<i>p-value</i>																				,000	,002	,006	,000	,003	,000	,892
I.20	r																			1,00	,374	,436	,554	,495	,462	-
	<i>p-value</i>																				,042	,016	,001	,005	,010	,094
I.21	r																				1,00	,732	,830	,824	,588	,082
	<i>p-value</i>																					,000	,000	,000	,001	,667
I.22	r																					1,00	,875	,672	,644	,093
	<i>p-value</i>																						,000	,000	,000	,624
I.23	r																						1,00	,850	,739	,202
	<i>p-value</i>																							,000	,000	,285
I.24	r																							1,00	,649	,180
	<i>p-value</i>																								,000	,341
I.25	r																								1,00	,089
	<i>p-value</i>																									,639

Fonte: Elaboração própria

Notas: r – Coeficiente de correlação; I. – item; ** Correlação significativa a $p < 0,01$; *. Correlação significativa a $p < 0,05$.

Tabela 58 - Correlação de Spearman Global

Spearman's rho (N=112)		I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	IDG
I.1	r	,716**	,617**	,587**	,528**	,514**	,339**	,358**	,462**	,571**	,469**	,541**	,511**	,305**	,420**	,522**	,469**	,543**	,464**	,403**	,523**	,460**	,560**	,528**	,359**	,395**
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
I.2	r	1,000	,655**	,639**	,582**	,597**	,506**	,458**	,498**	,570**	,587**	,599**	,588**	,488**	,541**	,627**	,587**	,633**	,535**	,491**	,579**	,499**	,589**	,540**	,454**	,269**
	p-value		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004
I.3	r		1,000	,885**	,616**	,680**	,476**	,504**	,559**	,668**	,634**	,686**	,602**	,447**	,581**	,642**	,660**	,702**	,540**	,480**	,706**	,667**	,722**	,631**	,534**	,185
	p-value			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,051
I.4	r			1,000	,645**	,659**	,489**	,457**	,534**	,688**	,674**	,684**	,567**	,462**	,571**	,601**	,662**	,672**	,580**	,521**	,685**	,595**	,703**	,644**	,507**	,218*
	p-value				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,021
I.5	r				1,000	,792**	,411**	,432**	,648**	,604**	,686**	,556**	,649**	,513**	,621**	,586**	,674**	,690**	,508**	,552**	,629**	,597**	,636**	,690**	,553**	,394**
	p-value					,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
I.6	r					1,000	,505**	,510**	,641**	,625**	,716**	,616**	,622**	,540**	,587**	,626**	,654**	,700**	,556**	,534**	,589**	,539**	,606**	,560**	,479**	,272**
	p-value						,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004
I.7	r						1,000	,727**	,460**	,413**	,495**	,538**	,404**	,358**	,528**	,521**	,544**	,581**	,458**	,435**	,479**	,501**	,520**	,400**	,408**	,138
	p-value							,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,148
I.8	r							1,000	,535**	,535**	,547**	,597**	,539**	,440**	,476**	,498**	,551**	,632**	,414**	,366**	,425**	,464**	,436**	,353**	,399**	,197*
	p-value								,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,037

I.9	r								1,000	,739**	,704**	,601**	,634**	,578**	,551**	,543**	,635**	,599**	,483**	,489**	,537**	,567**	,534**	,556**	,494**	,428**
	<i>p-value</i>									,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
I.10	r									1,000	,691**	,728**	,715**	,560**	,636**	,686**	,664**	,726**	,634**	,587**	,564**	,545**	,613**	,582**	,553**	,324**
	<i>p-value</i>										,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
I.11	r										1,000	,801**	,676**	,561**	,599**	,562**	,697**	,709**	,599**	,571**	,622**	,574**	,642**	,618**	,506**	,322**
	<i>p-value</i>											,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
I.12	r											1,000	,754**	,559**	,610**	,592**	,629**	,717**	,680**	,590**	,620**	,608**	,693**	,606**	,579**	,262**
	<i>p-value</i>												,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005
I.13	r												1,000	,596**	,580**	,568**	,640**	,702**	,576**	,522**	,547**	,586**	,605**	,602**	,564**	,358**
	<i>p-value</i>													,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
I.14	r													1,000	,423**	,437**	,508**	,548**	,420**	,402**	,431**	,421**	,423**	,450**	,457**	,198*
	<i>p-value</i>														,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,036
I.15	r														1,000	,741**	,677**	,745**	,574**	,429**	,582**	,597**	,649**	,589**	,527**	,212*
	<i>p-value</i>															,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,025
I.16	r															1,000	,738**	,692**	,524**	,467**	,603**	,572**	,698**	,571**	,553**	,244**
	<i>p-value</i>																,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,009
I.17	r																1,000	,753**	,591**	,569**	,610**	,629**	,713**	,636**	,560**	,295**
	<i>p-value</i>																	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002

I.18	r																	1,00	,727**	,624**	,639**	,666**	,726**	,666**	,580**	,290**	
	<i>p-value</i>																			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002
I.19	r																		1,00	,708**	,559**	,547**	,656**	,546**	,575**	,179	
	<i>p-value</i>																			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,058	
I.20	r																				1,00	,478**	,502**	,619**	,505**	,513**	,134
	<i>p-value</i>																					,000	,000	,000	,000	,000	,159
I.21	r																					1,00	,862**	,841**	,819**	,673**	,262**
	<i>p-value</i>																						,000	,000	,000	,000	,005
I.22	r																						1,00	,872**	,794**	,735**	,251**
	<i>p-value</i>																							,000	,000	,000	,008
I.23	r																							1,00	,839**	,711**	,318**
	<i>p-value</i>																								,000	,000	,001
I.24	r																								1,00	,682**	,444**
	<i>p-value</i>																									,000	,000
I.25	r																									1,00	,310**
	<i>p-value</i>																										,001

Fonte: Elaboração própria

Notas: r – Coeficiente de correlação; I. – item; ** Correlação significativa a $p < 0,01$; *. Correlação significativa a $p < 0,05$.

ANEXO VI – correlação de spearman dos blocos QAP₄CSP

Tabela 59 - Correlação de Spearman Global por Blocos do QAP₄CSP

			Bloco1_Condicoes	Bloco2_Recursos	Bloco3_Servico	Bloco4_Foco Colaboradores	Bloco5_Resultados Alcançados	IDG_Anual	Idade_UF
Spearman' s rho	Bloco1_Condicoes	Correlation Coefficient	1,000	,749**	,778**	,787**	,731**	,329**	0,170
		Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,073
		N	112	112	112	112	112	112	112
Bloco2_Recursos		Correlation Coefficient	,749**	1,000	,789**	,791**	,646**	,337**	,265**
		Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,005
		N	112	112	112	112	112	112	112
Bloco3_Servico		Correlation Coefficient	,778**	,789**	1,000	,784**	,692**	,342**	,268**
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,004
		N	112	112	112	112	112	112	112

Bloco4_Foco Colaboradores	Correlation Coefficient	,787**	,791**	,784**	1,000	,764**	,258**	,192*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,006	0,042
	N	112	112	112	112	112	112	112
Bloco5_Resultados Alcançados	Correlation Coefficient	,731**	,646**	,692**	,764**	1,000	,350**	,252**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,007
	N	112	112	112	112	112	112	112
IDG_Anual	Correlation Coefficient	,329**	,337**	,342**	,258**	,350**	1,000	,400**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000		0,000
	N	112	112	112	112	112	112	112
Idade_UF	Correlation Coefficient	0,170	,265**	,268**	,192*	,252**	,400**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,073	0,005	0,004	0,042	0,007	0,000	
	N	112	112	112	112	112	112	112

Notas: **. Correlation is significant at the 0.01 level; *. Correlation is significant at the 0.05 level

Tabela 60 - Correlação de Spearman UCC por Blocos do QAP₄CSP

			Bloco1_Condições	Bloco2_Recursos	Bloco3_Serviço	Bloco4_Foco Colaboradores	Bloco5_Resultados Alcançados	IDG_Anual	Idade_UF
Spearman's rho	Bloco1_Condições	Correlation Coefficient	1,000	,714**	,693**	,743**	,670**	,393**	0,257
		Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,009	0,097
		N	43	43	43	43	43	43	43
	Bloco2_Recursos	Correlation Coefficient	,714**	1,000	,658**	,652**	,498**	,469**	,399**
		Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,000	0,001	0,002	0,008
		N	43	43	43	43	43	43	43
	Bloco3_Serviço	Correlation Coefficient	,693**	,658**	1,000	,659**	,631**	,464**	,356*
		Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,002	0,019
		N	43	43	43	43	43	43	43
	Bloco4_Foco Colaboradores	Correlation Coefficient	,743**	,652**	,659**	1,000	,699**	,307*	,314*
		Sig. (2- tailed)							
		N							

	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,045	0,040
	N	43	43	43	43	43	43	43
Bloco5_ Resultados Alcançados	Correlation Coefficient	,670**	,498**	,631**	,699**	1,000	,335*	,333*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001	0,000	0,000		0,028	0,029
	N	43	43	43	43	43	43	43
IDG_Anuar	Correlation Coefficient	,393**	,469**	,464**	,307*	,335*	1,000	,614**
	Sig. (2-tailed)	0,009	0,002	0,002	0,045	0,028		0,000
	N	43	43	43	43	43	43	43
Idade_UF	Correlation Coefficient	0,257	,399**	,356*	,314*	,333*	,614**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,097	0,008	0,019	0,040	0,029	0,000	
	N	43	43	43	43	43	43	43

Notas: **. Correlation is significant at the 0.01 level; *. Correlation is significant at the 0.05 level

Tabela 61 - Correlação de Spearman UCSP por Blocos do QAP4CSP

			Bloco1_Condições	Bloco2_Recursos	Bloco3_Serviço	Bloco4_Foco Colaboradores	Bloco5_Resultados Alcançados	IDG_Anual	Idade_UF
Spearman's rho	Bloco1_Condições	Correlation Coefficient	1,000	,834**	,844**	,828**	,887**	0,251	-0,037
		Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,331	0,887
		N	17	17	17	17	17	17	17
	Bloco2_Recursos	Correlation Coefficient	,834**	1,000	,836**	,943**	,865**	0,400	0,089
		Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,112	0,735
		N	17	17	17	17	17	17	17
	Bloco3_Serviço	Correlation Coefficient	,844**	,836**	1,000	,814**	,875**	0,158	-0,011
		Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,544	0,966
		N	17	17	17	17	17	17	17
Bloco4_Foco Colaboradores	Correlation Coefficient	,828**	,943**	,814**	1,000	,912**	0,360	0,127	
	Sig. (2- tailed)								
	N								

	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,156	0,628
	N	17	17	17	17	17	17	17
Bloco5_Resultados Alcançados	Correlation Coefficient	,887**	,865**	,875**	,912**	1,000	0,173	0,015
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,507	0,955
	N	17	17	17	17	17	17	17
IDG_Anuar	Correlation Coefficient	0,251	0,400	0,158	0,360	0,173	1,000	,487*
	Sig. (2-tailed)	0,331	0,112	0,544	0,156	0,507		0,048
	N	17	17	17	17	17	17	17
Idade_UF	Correlation Coefficient	-0,037	0,089	-0,011	0,127	0,015	,487*	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,887	0,735	0,966	0,628	0,955	0,048	
	N	17	17	17	17	17	17	17

Notas: **. Correlation is significant at the 0.01 level; *. Correlation is significant at the 0.05 level

Tabela 62 - Correlação de Spearman USF-A por Blocos do QAP₄CSP

			Bloco1_Condições	Bloco2_Recursos	Bloco3_Serviço	Bloco4_Foco Colaboradores	Bloco5_Resultados Alcançados	IDG_Anual	Idade_UF
Spearman's rho	Bloco1_Condições	Correlation Coefficient	1,000	,838**	,929**	,886**	,612**	0,240	0,034
		Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,000	0,002	0,282	0,882
		N	22	22	22	22	22	22	22
	Bloco2_Recursos	Correlation Coefficient	,838**	1,000	,866**	,916**	,700**	0,223	-0,054
		Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,318	0,811
		N	22	22	22	22	22	22	22
	Bloco3_Serviço	Correlation Coefficient	,929**	,866**	1,000	,836**	,592**	0,273	0,139
		Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,000	0,004	0,219	0,538
		N	22	22	22	22	22	22	22
Bloco4_Foco Colaboradores	Correlation Coefficient	,886**	,916**	,836**	1,000	,683**	0,114	-0,029	
	Sig. (2- tailed)								
	N								

	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,612	0,898
	N	22	22	22	22	22	22	22
Bloco5_Resultados Alcançados	Correlation Coefficient	,612**	,700**	,592**	,683**	1,000	0,260	0,109
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,000	0,004	0,000		0,243	0,629
	N	22	22	22	22	22	22	22
IDG_Anuual	Correlation Coefficient	0,240	0,223	0,273	0,114	0,260	1,000	0,300
	Sig. (2-tailed)	0,282	0,318	0,219	0,612	0,243		0,175
	N	22	22	22	22	22	22	22
Idade_UF	Correlation Coefficient	0,034	-0,054	0,139	-0,029	0,109	0,300	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,882	0,811	0,538	0,898	0,629	0,175	
	N	22	22	22	22	22	22	22

Notas: **. Correlation is significant at the 0.01 level; *. Correlation is significant at the 0.05 level

Tabela 63 - Correlação de Spearman USF-B por Blocos do QAP₄CSP

			Bloco1_Condições	Bloco2_Recursos	Bloco3_Serviço	Bloco4_Foco Colaboradores	Bloco5_Resultados Alcançados	IDG_Anuar	Idade_UF
Spearman's rho	Bloco1_Condições	Correlation Coefficient	1,000	,693**	,711**	,803**	,742**	0,119	0,005
		Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,533	0,979
		N	30	30	30	30	30	30	30
	Bloco2_Recursos	Correlation Coefficient	,693**	1,000	,795**	,730**	,581**	0,138	0,130
		Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,000	0,001	0,466	0,494
		N	30	30	30	30	30	30	30
	Bloco3_Serviço	Correlation Coefficient	,711**	,795**	1,000	,770**	,662**	-0,042	0,144
		Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,826	0,447
		N	30	30	30	30	30	30	30
	Bloco4_Foco Colaboradores	Correlation Coefficient	,803**	,730**	,770**	1,000	,788**	0,177	0,058
		Sig. (2- tailed)							
		N							

	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,349	0,761
	N	30	30	30	30	30	30	30
Bloco5_Resultados Alcançados	Correlation Coefficient	,742**	,581**	,662**	,788**	1,000	0,124	0,260
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001	0,000	0,000		0,515	0,165
	N	30	30	30	30	30	30	30
IDG_Anuual	Correlation Coefficient	0,119	0,138	-0,042	0,177	0,124	1,000	-,636**
	Sig. (2-tailed)	0,533	0,466	0,826	0,349	0,515		0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Idade_UF	Correlation Coefficient	0,005	0,130	0,144	0,058	0,260	-,636**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,979	0,494	0,447	0,761	0,165	0,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30

Notas: **. Correlation is significant at the 0.01 level; *. Correlation is significant at the 0.05 level

ANEXO VII – Teste de Alpha de Cronbach Global e por Unidade Funcional

Tabela 64 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 1: Condições)

Bloco 1 - Condições	Alpha de Cronbach	N.º de itens
Total de respondentes (n = 112)	0,920	6
UCC (n = 43)	0,902	6
UCSP (n = 17)	0,905	6
USF – A (n = 22)	0,949	6
USF – B (n = 30)	0,921	6

Fonte: Elaboração própria

Tabela 65 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 2: Recursos)

Bloco 2 - Recursos	Alpha de Cronbach	N.º de itens
Total de respondentes (n = 112)	0,858	4
UCC (n = 43)	0,857	4
UCSP (n = 17)	0,894	4
USF – A (n = 22)	0,884	4
USF – B (n = 30)	0,847	4

Fonte: Elaboração própria

Tabela 66 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 3: Serviços)

Bloco 3 - Serviços	Alpha de Cronbach	N.º de itens
Total de respondentes (n = 112)	0,898	4
UCC (n = 43)	0,815	4

UCSP (n = 17)	0,908	4
USF – A (n = 22)	0,953	4
USF – B (n = 30)	0,912	4

Fonte: Elaboração própria

Tabela 67 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 4: Foco nos colaboradores)

Bloco 4 – Foco nos colaboradores	Alpha de Cronbach	N.º de itens
Total de respondentes (n = 112)	0,927	6
UCC (n = 43)	0,906	6
UCSP (n = 17)	0,897	6
USF – A (n = 22)	0,964	6
USF – B (n = 30)	0,924	6

Fonte: Elaboração própria

Tabela 68 - Teste Alpha de Cronbach por Total de Respondentes e Unidades Funcionais (Bloco 5: Resultados Alcançados)

Bloco 5 – Resultados Alcançados	Alpha de Cronbach	N.º de itens
Total de respondentes (n = 112)	0,949	5
UCC (n = 43)	0,947	5
UCSP (n = 17)	0,971	5
USF – A (n = 22)	0,951	5
USF – B (n = 30)	0,927	5

Fonte: Elaboração própria

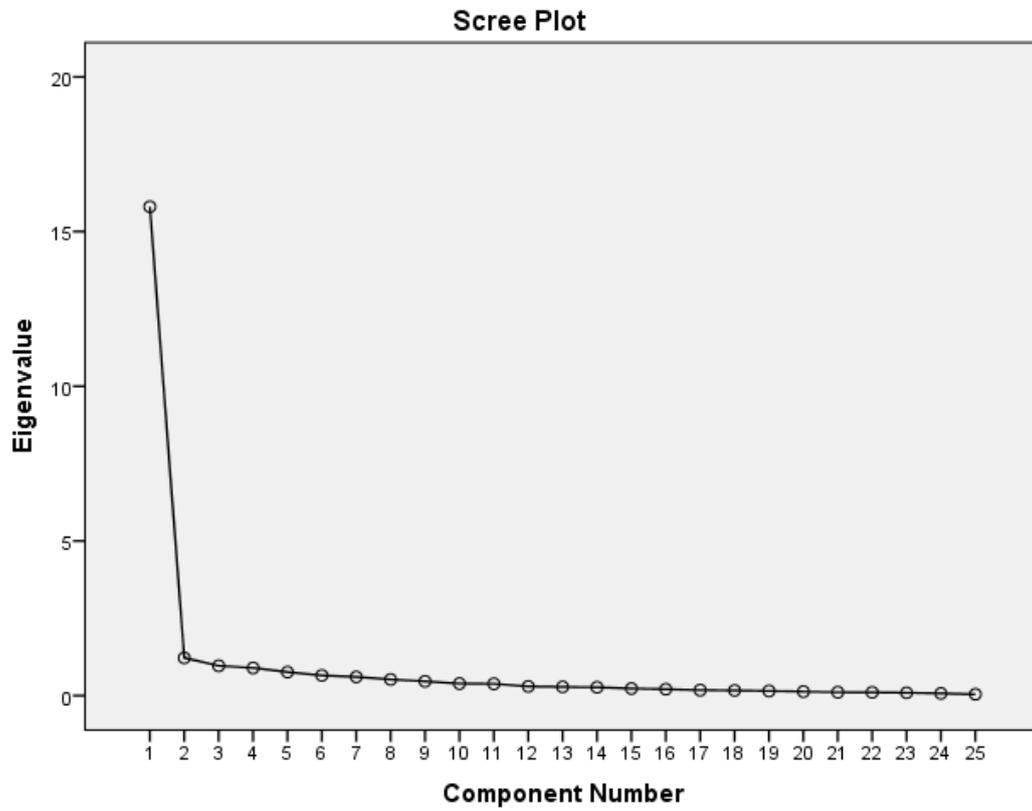
ANEXO VIII – Kaiser Meyer Olkin (KMO)

Tabela 69 - Kaiser Meyer Olkin (KMO) e Teste de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,942
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2906,485
	df	300
	Sig.	0,000

ANEXO IX – *scree plot* análise fatorial

Gráfico 24 - Número de Componentes da Análise Fatorial



ANEXO X – Método Varimax (análise fatorial)

Tabela 70 - Método Varimax (Análise Fatorial)

	Component		
	1	2	3
A organização possui uma cultura de serviço que estimula e promove a orientação para os colaboradores, para o cliente e para a qualidade de serviço	,504	,115	,594
A comunicação interna e externa da organização constitui um veículo de promoção da qualidade de serviço e evidencia a cultura organizacional nesse domínio	,432	,268	,641
A gestão de topo da organização promove a implementação de um sistema de gestão que é capaz de assegurar níveis consistentes de qualidade de serviço	,514	,225	,682
A gestão de topo desenvolve a visão, missão e valores, atua como modelo a seguir e reforça uma cultura de serviço e orientação para o cliente perante os colaboradores da organização.	,535	,255	,602
A organização possui estratégias definidas para o serviço, com objetivos e metas específicos para a qualidade de serviço, que se encontram alinhados com os seus objetivos e metas globais.	,484	,509	,400
A organização desenvolve planos operacionais, para implementação da estratégia, e disponibiliza os recursos necessários que permitam alcançar os objetivos e metas estabelecidos para o serviço	,347	,501	,572
As instalações, materiais, equipamentos e recursos são geridos de modo a permitir a prestação de serviços que vão ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes.	,157	,360	,687
Os fornecedores e as subcontratações são geridos de modo a assegurar os níveis de qualidade de serviço pretendidos.	,017	,504	,647
A organização desenvolve processos sistemáticos de medição e análise de dados e partilha com os seus colaboradores informação e conhecimento acerca do cliente e da qualidade de serviço	,288	,690	,379
A organização tem implementado um sistema de gestão de informação da relação com o cliente.	,361	,625	,469
A organização desenvolve processos sistemáticos de planeamento, organização, execução, controlo e melhoria das atividades associadas ao serviço	,336	,661	,438

A organização incorpora processos de gestão dos riscos associados à prestação do serviço.	,407	,625	,445
A organização adota modelos, universais ou específicos, de gestão da qualidade de serviço	,372	,695	,342
A organização desenvolve processos sistemáticos de gestão das reclamações	,225	,783	,150
Os planos de recursos humanos da organização estão orientados para a qualidade de serviço.	,395	,414	,564
A organização providencia a formação adequada e desenvolve as competências dos seus colaboradores no domínio da qualidade de serviço e da gestão da experiência do cliente	,404	,361	,640
A organização desenvolve estratégias e iniciativas que contribuam para aumentar os níveis de envolvimento dos colaboradores na qualidade de serviço.	,399	,520	,559
A organização cria um ambiente de trabalho que potencia a orientação para o cliente e para a qualidade de serviço	,431	,535	,576
A organização avalia sistematicamente os níveis de satisfação e orientação para o serviço dos seus colaboradores	,505	,522	,325
A organização reconhece e premeia os esforços dos seus colaboradores na qualidade de serviço e na orientação para o cliente	,414	,592	,266
Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos aos níveis globais de qualidade de serviço.	,784	,272	,361
Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos à satisfação, lealdade e retenção dos clientes	,774	,353	,323
Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos à satisfação dos colaboradores e seu envolvimento e orientação para a qualidade de serviço.	,780	,333	,422
Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos aos indicadores de desempenho dos processos chave para a qualidade de serviço	,788	,342	,282
Resultados financeiros alcançados pela organização, e correspondente tendência, associados à vertente de serviço e correspondente quota de mercado	,704	,448	,098

Notas: Componente 1 – Resultados; Componente 2 – Gestão de Serviços e Informação e conhecimento de recursos; Componente 3 - Condições de serviço e foco nos colaboradores

APÊNDICES

APÊNDICE I -Consentimento informado, livre e esclarecido

O presente estudo “A qualidade e o desempenho nos cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central”, é realizado no âmbito da dissertação, do 2.º ano de Mestrado em Gestão – Especialidade de Recursos Humanos, na Universidade de Évora, pela investigadora Carmen Alfaiate, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Saraiva, e tem como objetivo geral: analisar a relação entre a perceção da qualidade dos profissionais de saúde, das diferentes unidades funcionais, do ACeS Alentejo Central e o nível de desempenho das respetivas unidades.

As unidades funcionais que irão participar no estudo serão as USF, UCSP e UCC, uma vez que são as únicas que são monitorizadas através do Índice de Desempenho Global (IDG). A população-alvo serão os profissionais de saúde destas Unidades.

Os instrumentos de avaliação utilizados serão o Questionário de Auto Perceção da Qualidade para os Cuidados de Saúde Primários (QAP₄CSP), adaptado do Questionário de Qualidade, Excelência, Serviço e Autoavaliação (QESA^M), que permitirá avaliar a perceção da qualidade dos profissionais de saúde e o IDG, disponível *online* e de acesso livre.

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado, uma vez que não será possível associar as respostas individuais a cada sujeito. Os resultados vão ser tratados e apresentados de forma global, em termos médios, como tal a aglomeração é suficientemente ampla, para garantir o anonimato.

A confidencialidade e ocultação da entidade dos participantes está assegurada, uma vez que a investigadora não terá acesso aos *e-mail*, nome e idade, dos participantes. A investigadora será a única com acesso aos dados facultados, que serão eliminados após 2 anos de conclusão da dissertação.

O estudo será publicado utilizando uma matriz de codificação alfanumérica, pelo que, apenas a investigadora saberá qual a Unidade que correspondem os dados.

Pode desistir a qualquer altura do questionário, como tal, o questionário não será submetido, nem será incluído no estudo. Estima-se um tempo de preenchimento de 05 minutos.

De salientar ainda que, os coordenadores das Unidades Funcionais, que queiram obter os resultados globais do estudo, poderão solicitar via *e-mail*, sendo que no fim do estudo, serão enviados em suporte informático.

Qualquer participante poderá recorrer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, no caso de eventuais reclamações sobre o estudo.

Carmen Alfaiate

Investigadora

carmen.alfaiate@gmail.com

Professora Doutora Margarida Saraiva

Orientadora

msaraiva@uevora.pt

EPD ARSA

epd@arsalentejo.min-saude.pt

EPD UE

epd@uevora.pt

Comissão Nacional de Proteção de Dados

geral@cnpd.pt

APÊNDICE II - QAP₄CSP

QAP₄CSP

Questionário de Auto Percepção da Qualidade
para os Cuidados de Saúde Primários

BLOCO 1 | CONDIÇÕES

		Sem Abordagem	Em Fase Inicial	Algum Progresso	Progresso Consistente	Progresso Assinalável	Totalmente Alcançado	
Cultura de Serviço	1	A organização possui uma cultura de serviço que estimula e promove a orientação para os colaboradores, para o cliente e para a qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6
	2	A comunicação interna e externa da organização constitui um veículo de promoção da qualidade de serviço e evidencia a cultura organizacional nesse domínio.	1	2	3	4	5	6
Liderança	3	A gestão de topo da organização promove a implementação de um sistema de gestão que é capaz de assegurar níveis consistentes de qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6
	4	A gestão de topo desenvolve a visão, missão e valores, atua como modelo a seguir e reforça uma cultura de serviço e orientação para o cliente perante os colaboradores da organização.	1	2	3	4	5	6
Estratégia para o Serviço	5	A organização possui estratégias definidas para o serviço, com objetivos e metas específicos para a qualidade de serviço, que se encontram alinhados com os seus objetivos e metas globais.	1	2	3	4	5	6
	6	A organização desenvolve planos operacionais, para implementação da estratégia, e disponibiliza os recursos necessários que permitam alcançar os objetivos e metas estabelecidos para o serviço.	1	2	3	4	5	6

BLOCO 2 | RECURSOS

		Sem	Abordagem	Em Fase	Inicial	Alguns	Progresso	Progresso	Consistente	Progresso	Assinalável	Totalmente	Alcançado
Infraestrutura e Recursos Externos	7	As instalações, materiais, equipamentos e recursos são geridos de modo a permitir a prestação de serviços que vão ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes.	1	2	3	4	5	6					
	8	Os fornecedores e as subcontratações são geridos de modo a assegurar os níveis de qualidade de serviço pretendidos.	1	2	3	4	5	6					
Informação e Conhecimento	9	A organização desenvolve processos sistemáticos de medição e análise de dados e partilha com os seus colaboradores informação e conhecimento acerca do cliente e da qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6					
	10	A organização tem implementado um sistema de gestão de informação da relação com o cliente.	1	2	3	4	5	6					

BLOCO 3 | SERVIÇO

		Sem	Abordagem	Em Fase	Inicial	Alguns	Progresso	Progresso	Consistente	Progresso	Assinalável	Totalmente	Alcançado
Processos	11	A organização desenvolve processos sistemáticos de planeamento, organização, execução, controlo e melhoria das atividades associadas ao serviço.	1	2	3	4	5	6					
	12	A organização incorpora processos de gestão dos riscos associados à prestação do serviço.	1	2	3	4	5	6					
Gestão do Serviço	13	A organização adota modelos, universais ou específicos, de gestão da qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6					
	14	A organização desenvolve processos sistemáticos de gestão das reclamações.	1	2	3	4	5	6					

BLOCO 4 | FOCO NOS COLABORADORES

		Sem	Abordagem	Em Fase	Inicial	Algum	Progresso	Progresso	Consistente	Progresso	Assinalável	Totalmente	Alcançado
Planeamento RH e Desenvolvimento de Competências	15	Os planos de recursos humanos da organização estão orientados para a qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6					
	16	A organização providencia a formação adequada e desenvolve as competências dos seus colaboradores no domínio da qualidade de serviço e da gestão da experiência do cliente.	1	2	3	4	5	6					
Compromisso	17	A organização desenvolve estratégias e iniciativas que contribuam para aumentar os níveis de envolvimento dos colaboradores na qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6					
Condições, Satisfação, Performance e Reconhecimento	18	A organização cria um ambiente de trabalho que potencia a orientação para o cliente e para a qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6					
	19	A organização avalia sistematicamente os níveis de satisfação e orientação para o serviço dos seus colaboradores.	1	2	3	4	5	6					
	20	A organização reconhece e premeia os esforços dos seus colaboradores na qualidade de serviço e na orientação para o cliente.	1	2	3	4	5	6					

BLOCO 5 | RESULTADOS ALCANÇADOS

		Inexistentes	Limitados	Razoáveis	Bons	Muito Bons	Excelentes	
Resultados	21	Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos aos níveis globais de qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6
	22	Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos à satisfação, lealdade e retenção dos clientes.	1	2	3	4	5	6
	23	Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos à satisfação dos colaboradores e seu envolvimento e orientação para a qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6
	24	Resultados alcançados pela organização, e correspondente tendência, relativos aos indicadores de desempenho dos processos chave para a qualidade de serviço.	1	2	3	4	5	6
	25	Resultados financeiros alcançados pela organização, e correspondente tendência, associados à vertente de serviço e correspondente quota de mercado.	1	2	3	4	5	6

Classificação das Abordagens e Respetiva Implementação (Blocos 1 a 4):

1: Sem Abordagem (Não Existe Abordagem). Não se verifica a aplicação. É possível que existam algumas ideias sobre o assunto, mas não houve ainda progresso para além da idealização.

2: Em Fase Inicial (Abordagens Ocasionalmente Implementadas). Existe alguma evidência de que algo útil começa a acontecer, mas são ainda somente situações pontuais de implementação bem-sucedida.

3: Algum progresso (Abordagens Parcialmente Implementadas). Evidência de que o assunto está a ser abordado, porém a implementação da abordagem ainda não alcançou metade de todas as áreas relevantes.

4: Progresso Consistente (Abordagens Parcialmente Implementadas). O progresso apresenta um padrão consistente de evolução, tendo sido já ultrapassada a implementação da abordagem em mais de metade de todas as áreas relevantes.

5: Progresso Assinalável (Abordagens Implementadas na Grande Maioria da Áreas). Evidência muito clara de que o assunto está a ser bem trabalhado. São já efetuadas revisões regulares e rotineiras e há melhorias evidenciadas. Contudo a abordagem não está ainda desdobrada, com todo o seu potencial, em todas as áreas relevantes.

6: Totalmente alcançado (Abordagens Totalmente Implementadas e Incorporadas). A abordagem é notável e tem vindo a ser aplicada globalmente, em todo o seu potencial. Alcançou-se uma solução exemplar tornando-se difícil identificar futuras melhorias significativas.

Classificação dos Resultados (Bloco 5):

1: Inexistentes. Não há recolha sistemática de dados. É possível que existam alguns resultados, mas não são medidos, recolhidos e analisados de forma estruturada.

2: Limitados. Existem dados recolhidos para algumas áreas relevantes. Contudo, a grande maioria dos resultados importantes não são identificados nem medidos.

3: Razoáveis. Os resultados chave estão identificados e são medidos. Contudo, os valores alcançados são apenas razoáveis.

4: Bons. Os resultados chave estão identificados e são medidos. Os resultados são consistentes com a estratégia da organização e os valores alcançados são bons.

5: Muito Bons. Os resultados chave são identificados e medidos. Os resultados são muito bons e as metas são alcançadas para a maioria dos resultados-chave.

6: Excelentes. São apresentados resultados e estabelecida a sua relevância, para todas as áreas chave. As metas são alcançadas para todos os resultados-chave. As relações entre todos os resultados-chave são claramente compreendidas. Desempenho excelente da organização.