

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Estudo do nível de qualidade percebida dos cuidados
de saúde pelos utentes de uma IPSS: O caso dos
Inválidos do Comércio.**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Pedro Jorge Rodrigues da Costa

Nº 3497

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora

Abril de 2008

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Estudo do nível de qualidade percebida dos cuidados
de saúde pelos utentes de uma IPSS: O caso dos
Inválidos do Comércio.**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Pedro Jorge Rodrigues da Costa

Nº 3497

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva



169 274

Évora

Abril de 2008

Não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer. O que nos define é o modo como enfrentamos esse desafio: podemos deitar fogo às ruínas, ou construir um caminho através delas.

Richard Bach, Nada ao acaso.

AGRADECIMENTOS

Quando nos propomos a fazer uma caminhada sabemos qual o objectivo a atingir, sabemos qual o rumo, ou pelo menos tentamos fazer o melhor traçado possível para um caminho orientado e o mais eficiente possível. Porém, não sabemos o que vem depois de cada curva, depois de cada recta ou depois de cada declive, é aqui, neste percurso que nos propusemos a percorrer que precisamos de todas as ajudas que conseguimos e por vezes somos ajudados sem sequer nos apercebermos.

Quero por isso agradecer a todos quantos, durante este percurso se cruzaram na minha vida, pois tenho a certeza que com todos eles, em todos os momentos, aprendi algo que me ajudou a avançar mais um pouco, em especial a todos os colegas do III curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Contudo, apraz-me falar em algumas pessoas que muito significativamente, embora de formas diferentes, contribuíram para que esta caminhada tivesse um final feliz:

Ao orientador deste trabalho, Sr. Professor Doutor Carlos Alberto Silva, pois sem ele não seria possível uma caminhada lógica e orientada.

Ao Exmo. Sr. Presidente da Instituição Inválidos do Comércio - Eng^o Victor Damião, por ter autorizado e facilitado o presente estudo. Assim como a todos os colaboradores e utentes dessa grande instituição.

À Sra. Dra. Zulmira Sequeira, “Mira”, como sempre fez questão de ser tratada (por todos), reformada do sector bancário e a exercer funções de Adjunta do Presidente de Inválidos do Comércio, por tanto que me deixou aprender com ela, um poço de força interior, aprendi sobretudo a força do rigor e da persistência.

Ao Sr. Enf^o Ricardo Passos, uma amizade nascida na adversidade mas que se cimentou nos valores da lealdade, adjuva-me em funções de gestão de mais de 60 funcionários e mais de 200 utentes, e com a sua capacidade de trabalho e ajuda conseguiu dar-me alguma disponibilidade (bem escasso).

Ao meu querido amigo Dr. José Luís Pereira, gestor de cliente do Barclays Bank, (curiosidade: licenciado em enfermagem), que com a sua história de vida me ensinou o verdadeiro significado da palavra “coragem”, obrigado Zé Luís.

A todos os meus amigos (perdoem-me não os nomear a todos, não são menos importantes por isso), não imagino a minha vida sem a vossa presença e podem crer que também é por vocês que luto para crescer: tenho imenso prazer em que os meus amigos se orgulhem de mim. Uma palavra especial para um grupo especial, os amigos da Praia do Ribatejo, uma pequena aldeia ribatejana à beira Tejo erguida, que me viu crescer. Ah! Saudosa Praia, hei-de voltar para ti.

Ao meu melhor amigo e mãe do meu filho, Maria do Rosário Almeida Neves, já lho disse pessoalmente muitas vezes: é o melhor ser humano que um dia conheci. Aprendi com ela a dar importância às coisas realmente importantes da vida... um mar de serenidade. Obrigado Rosário, todos os dias agradeço a Deus por te ter posto na minha vida.

À minha mulher, Isabel Sofia Nogueira de Oliveira, que tanto, mas tanto me ajudou directa e indirectamente, mas principalmente por me fazer sentir sempre que sou capaz de tudo a que me proponha fazer, e porque, mesmo depois de lhe roubar tantas horas da minha companhia ter sempre uma palavra de apoio e incentivo. Não agradeço o teu amor por mim porque o amor é assim... não se agradece... acontece! AMO-TE.

Aos meus amados filhos, Francisco Diogo Mendonça Neves da Costa, Manuel Pedro Mendonça Neves da Costa (nunca te esquecerei), Sofia Catarina Nogueira Oliveira da Costa, é por vocês que todos os esforços, todos os sacrifícios, é por vocês filhos que TUDO vale a pena!

Do fundo do meu coração, obrigado a todos!

Pedro Jorge Rodrigues da Costa

RESUMO

A globalização da economia obriga as organizações a potenciarem a sua produtividade e competitividade, por isso as organizações que voluntariamente promovem estratégias de responsabilidade social beneficiam de uma diferenciação positiva, especificamente ao nível da sua credibilidade junto dos seus utentes e da comunidade em geral. Havendo assim, uma clara vantagem no posicionamento da organização em termos de satisfação do utente em relação ao sector de actividade a que pertence.

Somos da opinião que dar voz aos utentes dos serviços é uma questão de responsabilização social. Integrar a satisfação dos utentes como um objectivo central de gestão da organização é dar ao utente a oportunidade de avaliar e serem ouvidos nos processos de melhoria.

A utilização da informação obtida visa estimar um modelo econométrico de satisfação do utente ao nível da organização em geral e em particular ao nível dos cuidados de saúde por ela prestados, com vários factores explicativos: expectativas dos clientes, imagem da organização, a qualidade e o valor percebidos pelo utente. Sendo identificados as principais determinantes dos índices de satisfação e insatisfação dos utentes.

Assim, esta dissertação é constituída por uma resenha histórica sobre as IPSS em Portugal assim como o seu significado social, depois sobre a IPSS em estudo, com um enquadramento teórico na área da “qualidade” em “cuidados de saúde”, com uma breve abordagem à “percepção”. Ao que se seguirá os procedimentos metodológicos na área da investigação social, num estudo de caso de acção predominantemente positivista. Em último lugar, serão apresentados os resultados do estudo sendo neles fundamentada a reflexão conclusiva, assim como, possíveis sugestões de Intervenção Sócio-Organizacional.

Palavras-chave:

- ❖ CUIDADOS DE SAÚDE.
- ❖ GESTÃO.
- ❖ INTERVENÇÃO.
- ❖ INOVAÇÃO.
- ❖ IPSS.
- ❖ QUALIDADE.

Abstract

The globalization of the economy requires organizations to potentate their productivity and competitiveness, so organizations that promote strategies of social responsibility on a voluntary basis enjoy a positive differentiation, specifically in terms of their credibility with their clients and the community in general. There is thus a clear advantage in the position of the organization in terms of satisfaction of the user in relation to the sector of activity to which it belongs.

In our opinion, give voice to users of the services is a matter of social responsibility. Integrating the satisfaction of users as a central objective for the management of the organization is to give users the opportunity to evaluate and be heard in the process of improvement

The use of information obtained intends to estimate an econometric model of user satisfaction at the level of organization in general and, particularly, at the level of health care it provides, with several clarifying factors: expectations of customers, organization's image, quality and value perceived by the user, being identified the main determinative of users' indices of satisfaction and dissatisfaction.

So this dissertation will be built by a historical overview on IPSS in Portugal as well as its social significance, than on the IPSS under study with a theoretical framework in the area of "quality" in "health care", with a short approach to the "perception". Afterwards will be the methodological procedures in the area of social research, in a case study of predominantly positivist action and finally will be presented the results of the study, in which is based the conclusive reflection as well as possible suggestions of Socio-Organizational Statement.

Keywords:

- | | |
|----------------|--------------|
| ❖ Health care | ❖ Quality |
| ❖ Management | ❖ IPSS |
| ❖ Intervention | ❖ Innovation |

ÍNDICE

	Flh.
INTRODUÇÃO.	14
1 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DAS IPSS's.	19
1.2 - A IPSS EM ESTUDO - “Inválidos do Comércio”.	22
2 - A QUALIDADE.	24
2.1 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO.	25
2.2 - ORGANIZAÇÕES AUTISTAS.	32
2.3 - QUALIDADE ORGANIZACIONAL NA SAÚDE.	35
2.4 - QUALIDADE: Uma Mudança De Comportamentos.	38
2.5 - QUALIDADE: A Importância da Formação.	41
2.6 - MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.	41
3 - MEDIÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.	46
3.1 - TAXONOMIA DOS CUIDADOS.	48
4 - SATISFAÇÃO DO UTENTE.	52
4.1 - DIMENSÕES DO CONCEITO.	54
5 - PERCEÇÃO: Breve Abordagem sobre o Conceito.	56
6 - METODOLOGIA.	59
6.1 - ARQUITECTURA DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.	60
6.2 - ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO: Avaliação da Qualidade Hospitalar.	62
6.2.1 - <u>Análise De Fidelidade Das Escalas.</u>	64
6.3 - UNIVERSO DE ESTUDO E UNIVERSO DE TRABALHO.	66
6.4 - PROCEDIMENTOS.	68

6.5 - HIPÓTESES.	70
6.6 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.	73
6.7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.	77
6.7.1 - <u>Caracterização Do Universo De Trabalho.</u>	77
6.7.2 - <u>Avaliação Das Dimensões.</u>	85
6.7.3 - <u>Factores De Influência Na Avaliação Da Qualidade Dos Cuidados.</u>	91
6.7.4 - <u>Verificação Das Hipóteses Formuladas.</u>	95
6.7.5 - <u>Síntese Da Avaliação E Da Verificação Das Hipóteses Formuladas.</u>	129
7 - CONCLUSÕES.	131
8 - INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL.	137
9 - BIBLIOGRAFIA.	139

ANEXOS:

- I - Estrutura do inquérito identificador das preocupações.
- II - Inquérito: Como vê o seu hospital?
- III - Inquérito: Como vê o seu lar?
- IV - Autorização do estudo.
- V - Instrumento de registo para entrevista de avaliação do pré-teste.
- VI - Tabelas resultantes de toda a análise estatística em SPSS.

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadros:

		Flh.
Quadro nº 1	- Visão da Qualidade para Deming: “14 Pontos de Deming”.....	27
Quadro nº 2	- Grelha de Crosby.....	30
Quadro nº 3	- Pontos fortes e fracos da <i>Total Quality Management</i>	31
Quadro nº 4	- Projectos do Instituto da Qualidade em Saúde.....	44
Quadro nº 5	- Taxonomia das preocupações dos doentes.....	49
Quadro nº 6	- Síntese do questionário: “Como vê o seu hospital?”.....	61
Quadro nº 7	- Aspectos da qualidade dos cuidados hospitalares.....	61
Quadro nº 8	- Síntese do instrumento “Como vê o seu lar?”.....	63
Quadro nº 9	- Conteúdos do instrumento “como vê o seu lar?”.....	63
Quadro nº 10	- Análise de fidelidade das escalas.....	65
Quadro nº 11	- Caracterização dos sujeitos.....	78
Quadro nº 12	- Síntese da avaliação das dimensões.....	129
Quadro nº 13	- Síntese da análise do relacionamento da avaliação das dimensões com as características socioeconómicas da população estudada.....	130

Figuras:

Figura nº 1	- Modelo de Deming.....	28
Figura nº 2	- Evolução dos conceitos de qualidade.....	31
Figura nº 3	- Ponto de convergência da qualidade.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Variável “idade.”.....	78
Gráfico 2	- Variável “sexo.”.....	79
Gráfico 3	- Variável “local de alojamento.”.....	80
Gráfico 4	- Variável “situação familiar.”.....	80
Gráfico 5	- Variável “grau de ensino.”.....	81
Gráfico 6	- Variável “é ou foi funcionário desta instituição?”.....	82
Gráfico 7	- Variável “alguém da sua família é ou foi funcionário?”.....	83
Gráfico 8	- Variável “rendimento médio mensal.”.....	83
Gráfico 9	- Variável “quem vai preencher este questionário?”.....	84
Gráfico 10	- Valores médios observados para os vários itens da dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem”.....	85
Gráfico 11	- Frequências absolutas das respostas à questão 12.....	86
Gráfico 12	- Valores médios observados para os vários itens da dimensão “avaliação do pessoal médico”.....	86
Gráfico 13	- Frequências absolutas das respostas à questão 20.....	87
Gráfico 14	- Valores médios observados para os vários itens da dimensão “avaliação de outro pessoal”.....	87
Gráfico 15	- Valores médios observados para os vários itens da dimensão “condições de alojamento”.....	88
Gráfico 16	- Frequências absolutas das respostas à questão 34.....	89
Gráfico 17	- Valores médios observados para os dois itens da dimensão “opinião geral”.....	89
Gráfico 18	- “Recomenda esta instituição a um familiar ou amigo?”.....	90
Gráfico 19	- Distribuição dos valores médios observados nas 4 dimensões de avaliação dos cuidados.....	90
Gráfico 20	- Intervalos de confiança na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem”.....	92
Gráfico 21	- Intervalos de confiança na dimensão “avaliação do pessoal médico”.....	92
Gráfico 22	- Intervalos de confiança na dimensão “avaliação de outro pessoal”.....	93
Gráfico 23	- Intervalos de confiança na dimensão “condições de alojamento”.....	94
Gráfico 24	- Comparação dos intervalos de confiança nas 4 dimensões de avaliação dos cuidados.....	94
Gráfico 25	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do “género”.....	95
Gráfico 26	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função da “idade”.....	96
Gráfico 27	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do “local de alojamento”.....	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS (cont.)

Gráfico 28	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função da “situação familiar”.....	98
Gráfico 29	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do “grau de ensino”.....	99
Gráfico 30	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do “rendimento médio mensal”.....	100
Gráfico 31	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do “género”.....	101
Gráfico 32	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função da “idade”.....	102
Gráfico 33	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do “local de alojamento”.....	103
Gráfico 34	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função da “situação familiar”.....	104
Gráfico 35	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do “grau de ensino”.....	105
Gráfico 36	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do “rendimento médio mensal”.....	106
Gráfico 37	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do “género”.....	107
Gráfico 38	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função da “idade”.....	108
Gráfico 39	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do “local de alojamento”.....	109
Gráfico 40	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função da “situação familiar”.....	110
Gráfico 41	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do “grau de ensino”.....	111
Gráfico 42	- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do “rendimento médio mensal”.....	112
Gráfico 43	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do “sexo”.....	113
Gráfico 44	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função da “idade”.....	114
Gráfico 45	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do “local de alojamento”.....	115
Gráfico 46	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função da “situação familiar”.....	117
Gráfico 47	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do “grau de ensino”.....	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS (cont.)

Gráfico 48	- Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do “rendimento médio mensal”.....	119
Gráfico 49	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do “género”.....	120
Gráfico 50	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função do género.....	120
Gráfico 51	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função da “idade”.....	121
Gráfico 52	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função da idade.....	122
Gráfico 53	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do “local de alojamento”.....	122
Gráfico 54	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função do “local de alojamento”.....	123
Gráfico 55	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função da “situação familiar”.....	124
Gráfico 56	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função da “situação familiar”.....	124
Gráfico 57	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do “grau de ensino”.....	125
Gráfico 58	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função do “grau de ensino”.....	126
Gráfico 59	- Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do “rendimento médio mensal”.....	127
Gráfico 60	- Respostas à questão “recomenda esta instituição?” em função do “rendimento médio mensal”.....	128

INTRODUÇÃO

Há 10 anos (1998) na definição ao nível estratégico da reforma do sistema de saúde português, o Ministério da Saúde consubstancia no documento “Uma estratégia de saúde para o virar do século” um claro compromisso assente na centralidade do cidadão. No entanto, um longo caminho havia a percorrer para que essa centralidade se constituísse numa realidade, não o sendo ainda em muitos casos de uma forma plena. Organizações de saúde autistas nos seus processos e serviços são ainda uma possibilidade real, considerando-se por isso pertinente e actual o roteiro escolhido para esta viagem rumo à centralidade do utente.

A sociedade vive em permanentes mudanças, a actualidade não é excepção, assim como o sector da saúde também não é. A grande mudança, que talvez se deu nestes últimos tempos na saúde, foi a implementação de uma nova filosofia na gestão das Organizações de saúde - a empresarialização. Com ela é arrastada toda uma nova visão (no sector), uma visão centrada na produtividade, na competitividade e como não podia deixar de ser, na Qualidade. Nesta perspectiva, a Qualidade surge com um dos factores eleitos para que se instale a tão pretendida mudança. Tendo por base estes pilares, a nova filosofia assume a centralidade do consumidor do produto gerado pelas “empresas de saúde”, ou seja, o cidadão-utente, é ele o consumidor dos “cuidados de saúde”.

Como poderemos ver, o conceito de Qualidade há muito que rege as filosofias de gestão empresarial de outros sectores. Ele próprio evoluiu partindo de meras actividades de inspecção, como garante da qualidade do produto até uma preocupação com a satisfação das necessidades dos clientes. É, neste último patamar evolutivo da gestão da qualidade, que percebemos o quanto importante é para a organização perceber qual a opinião do consumidor sobre o seu produto. Com efeito, esta postura de dar expressão à opinião do consumidor assume uma importância cada vez maior num ambiente cada vez mais globalmente competitivo, onde para a qualidade inferior não há espaço e esta é fortemente penalizada. Podemos mesmo assumir que é uma questão de sobrevivência, intimamente relacionada com a necessidade de otimizar os custos e de satisfazer os consumidores.

Nos sectores, primário e secundário a produção consiste em coisas físicas e tangíveis, no sector terciário as empresas produzem serviços, ou seja, um produto muitas vezes de difícil avaliação. No sector da saúde, em particular, esse forte componente de “coisas” intangíveis é ainda maior devido a existência de características dificilmente quantificáveis de forma uniforme. Desenvolve-se, deste modo, um mercado muito *sui generis* que não tem uma tradução linear no mercado convencional.

As leis de mercado não funcionam no sector da saúde devido, às características particulares do serviço “cuidados de saúde”, ao comportamento do consumidor e dos mecanismos de oferta e procura de cuidados. O consumidor não possui um conhecimento sobre o produto que lhe permita optar por uma forma de tratamento mais eficiente, os intermediários em questão (técnicos de saúde: médicos, enfermeiros, etc.) detêm um “poder” de influência muito superior a qualquer outro intermediário do mercado convencional. Por outro lado, existe uma grande insensibilidade por parte do consumidor para a optimização dos seus cuidados de saúde muito por conta do sentimento de gratuidade do serviço, não correndo por isso, o consumidor riscos de maior, caso os seus cuidados de saúde não tenham sido geridos da forma mais eficiente. Sendo a sociedade em geral quem suporta os custos de uma má qualidade no sector da saúde, talvez seja este o passo que falta dar - tornar a sociedade sensível a uma responsabilidade social.

Ferreira (1993) considera quatro aspectos que fundamentam a importância de saber a opinião do consumidor de cuidados de saúde, e de reorientar os serviços em função das suas necessidades e expectativas:

- O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, ao defender a saúde como um estado de completo bem-estar físico, social e mental, aponta indiscutivelmente para a satisfação dos indivíduos, o que implica directamente que se não houver satisfação das necessidades, não há saúde.
- Uma maior satisfação dos utentes potencia a conformidade e adesão aos cuidados de saúde. Por isso, os processos de diagnóstico e tratamento são reforçados, tornando-se mais eficazes.

- Os “cuidados de saúde” são um serviço, pelo que as perdas e benefícios envolvem não apenas o indivíduo, mas a sociedade em geral. Antecipar benefícios para o indivíduo, pode representar uma forma de evitar grandes consumos no futuro para a sociedade.
- O consumidor de “cuidados de saúde” é actor e simultaneamente espectador privilegiado no processo de prestação de “cuidados de saúde”, pelo que há elementos desse processo cujo conhecimento apenas lhe pertence a si.

Tem existido uma grande mudança na forma de entender os cuidados de saúde e de os gerir, contudo, quando se fala em organizações responsáveis por esse serviço o mais natural é pensar nos hospitais, pois são eles por excelência a organização que mais visivelmente produz esse serviço. Contudo, existem também outras organizações responsáveis pela prestação de cuidados de saúde que não sendo tão visíveis à sociedade não deixam de ser tão importantes como os hospitais. Trata-se de instituições de acolhimento de idosos, a mais significativa faixa etária consumidora de cuidados de saúde, onde começa e termina muitas vezes todo este processo. Como poderemos perceber, Portugal tem uma grande e antiga cultura neste tipo de solidariedade social bem patente na secular e conhecida instituição Santa Casa da Misericórdia, e ainda nas numerosas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) existentes. Estas IPSS's têm como missão responder às necessidades das comunidades envolventes atingindo os vários públicos-alvo através de várias valências: Lar de idosos, Crianças e Jovens em Risco, Creche, Jardim de Infância, Actividades de Tempos Livres, Centro de Actividades Ocupacionais, Centro de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outras. No primeiro capítulo deste estudo, faz-se um enquadramento histórico desta realidade no nosso país, passando-se depois ao conhecimento da Instituição em estudo.

No terceiro capítulo, procuramos perceber a evolução do conceito de “qualidade” e a forma como ele penetrou e influenciou o sector da saúde. Será ainda abordado os vários referenciais normativos para avaliação da qualidade. Seguidamente, falar-se-á na forma como se podem subdividir os “cuidados de saúde” com o objectivo de os avaliar na percepção do utente. Como vimos, o principal objectivo de uma gestão pela qualidade é a satisfação das necessidades e expectativas do consumidor, pelo que era incontornável um apontamento sobre este conceito: a satisfação.

Tratando-se a percepção de uma concepção algo vaga e bastante estudada por um domínio do conhecimento específico (a Psicologia) fez-se apenas uma breve abordagem sobre o conceito, de forma a perceber como este fenómeno influencia o entendimento que o utente tem do serviço (cuidados de saúde) que lhe é prestado.

No sétimo capítulo será feito a descrição detalhada do desenho escolhido para o estudo de investigação realizado, com vista a alcançar os nossos objectivos. Tendo sido definido como objectivo geral:

- Identificar qual o nível de qualidade dos cuidados de saúde na percepção dos utentes da instituição Inválidos do Comércio.

A fim de alcançarmos o objectivo definido, impõe-se a operacionalização de objectivos específicos, de forma a consubstanciar a resposta ao nosso objectivo geral e a complementar o conhecimento adquirido com o estudo:

- Caracterizar o universo em estudo.
- Identificar a avaliação dos cuidados de saúde nas várias dimensões da tipologia dos cuidados de saúde definida.
- Identificar factores de influência na avaliação dos cuidados de saúde pelos utentes de Inválidos do Comércio.
- Identificar as similaridades e as diferenças nas avaliações dos cuidados de saúde dos utentes de Inválidos do Comércio.

Existe uma grande variedade de métodos que nos poderiam ajudar a obter estas respostas, com base em metodologias qualitativas e quantitativas, no entanto, limitações como um elevado número de indivíduos, custos, tempo, precisão e comodidade para o utente, foram aspectos determinantes nas opções tomadas. Optou-se por um instrumento produtor de informação já existente e validado pelo Prof. Doutor Pedro Ferreira: Instrumento de Avaliação de Qualidade Hospitalar. Tendo sido necessário recorrer a uma adaptação à realidade em estudo que é explicada no ponto 6.2.

Depois da descrição dos procedimentos na colheita dos dados são definidas as hipóteses do estudo e são abordados os testes estatísticos utilizados, além das medidas de estatística descritiva, seguindo-se a apresentação dos resultados e as conclusões.

1 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DAS IPSS'S

A Constituição da República Portuguesa consagra o direito de livre constituição das instituições particulares de solidariedade social não lucrativas, com o desenvolvimento de actividade de segurança social, nomeadamente de apoio à família, infância, juventude, população com deficiências, e, ainda à terceira idade.

“ (sétima revisão) CAPÍTULO II - Direitos e deveres sociais Artigo 63.º (Segurança social e solidariedade):

- 1. Todos têm direito à segurança social.*
- 2. Incumbe ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado, com a participação das associações sindicais, de outras organizações representativas dos trabalhadores e de associações representativas dos demais beneficiários.*
- 3. O sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.*
- 4. Todo o tempo de trabalho contribui, nos termos da lei, para o cálculo das pensões de velhice e invalidez, independentemente do sector de actividade em que tiver sido prestado.*
- 5. O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objectivos de solidariedade social consignados, nomeadamente, neste artigo, na alínea b) do n.º 2 do artigo 67.º, no artigo 69.º, na alínea e) do n.º 1 do artigo 70.º e nos artigos 71.º e 72.º.”*

Este normativo constitucional situa-se no seguimento da melhor tradição Portuguesa. Ao recuarmos na história deste género de instituições percebemos que logo no início da nacionalidade se erigiram confrarias e institutos quase todos de origem eclesiástica que tinham como objectivo as actividades de solidariedade social.

Segundo o historiador Carlos Boxer na sua obra “ O Império Marítimo Português”, citado por Freire (1995): *o estudo destas instituições mostra que a obra que fizeram*

compensou de longe as ocasionais imperfeições humanas dos seus membros. A maneira como as irmandades da Misericórdia se adaptaram a meios tão exóticos como o Brasil e o Japão, mantendo sempre os mais estreitos laços com as suas origens medievais europeias, exemplifica bem o respeito pelo passado, a capacidade de adaptação, o poder de recuperação e a tenacidade dos portugueses.

De facto, Portugal tem desde há muito uma cultura de solidariedade social, dentro e fora de fronteiras. Quando tentamos perceber a história de instituições deste cariz esbarramos obrigatoriamente nas Misericórdias, sendo, segundo Freire (1995), a Misericórdia de Lisboa a primeira na ordem histórica, erigida em Agosto de 1498.

Estas instituições têm como pilares essenciais a doutrina da religião cristã. Segundo o mesmo autor os fundadores das Misericórdias entenderam perfeitamente a lição de São Paulo (epístola de São Paulo aos coríntios, capítulo XIII da Bíblia) e por isso, segundo o autor, a obra floresceu na mais perfeita realização da caridade. São constituídas por pessoas de honesta vida, boa fama, sã consciência, tementes a Deus, humildes de coração e sobretudo, disponibilizadas para o serviço ao próximo.

Assentes nestes princípios, estas instituições foram-se erigindo um pouco por todo o país e, como nos diz Freire (1995), em menos de um século, não só as capitais de província, como a generalidade das cidades e vilas do Reino se viram dotadas com Santas Casas da Misericórdia. E o movimento em benefício de novas edificações não mais parou, podendo assegurar-se que existe uma Santa Casa em cada concelho, mesmo localidades que não fossem sede de concelho viam nascer a sua Santa Casa.

Como já se percebeu, no enquadramento temporal o surgimento das Santas Casas coincidiu com o apogeu da nossa epopeia marítima, e assim também pelas terras da descoberta e da conquista se foram disseminando estas instituições. Havia, ainda segundo Freire (1995), mesmo um ditado que dizia e que reflecte bem este espírito português de fomentar este tipo de Instituições:

“ Dois portugueses que se encontravam no novo mundo, confraternizavam e embebedavam-se, três esperavam que um saísse para afiarem a língua contra o ausente, quatro, fundavam uma Santa Casa.”

Segundo o mesmo autor, os historiadores assinalam quatro grandes zonas de implantação: Médio Oriente, Extremo Oriente, Brasil e África. Sendo o paradigma de todas, as da Ásia e a de Goa.

Também existem outras instituições do género de origem não portuguesa, em Espanha existem casas da Misericórdia, sendo no entanto confinadas às actividades de residências para velhos ou inválidos, não praticando o vasto leque de actividades que as de nascimento português praticam. Socorrendo-nos ainda da obra de FREIRE, só mesmo as Santas Casas de origem portuguesa, situem-se em território nacional ou outra parte que resultem da “confraternização de quatro portugueses”, assumem um carácter de diversificação de actividades que se expressam nas 14 obras de misericórdia que os seus compromissos postulam para o corpo e para a alma:

Sete espirituais:

- Ensinar os simples,
- Dar bom conselho a quem o pede,
- Castigar com caridade os que erram,
- Consolar os tristes desconsolados,
- Perdoar a quem nos errou,
- Sofrer as injúrias com paciência,
- Rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos.

Sete corporais:

- Remir os cativos e visitar os presos,
- Visitar e curar os enfermos,
- Cobrir os nus,
- Dar de comer aos famintos,
- Dar de beber aos que têm sede,
- Dar pousada aos peregrinos,
- Enterrar os finados.

Anteriormente à edificação da Misericórdia de Lisboa funcionavam já prestigiadas instituições voltadas para o serviço aos mais necessitados. Para Mário Gonçalves Viana in “Rainha Dona Leonor”, citado por Freire (1995), “logo com o alvorecer da monarquia apareceram em Portugal as primeiras instituições de caridade com o objectivo de dar apoio às penosas e difíceis viagens dessa época”. As albergarias surgiram precisamente para ajudar os viajantes. Para além das albergarias existiam os hospitais, não sendo esquecidas as mulheres pobres e os “enjeitados”. A caridade expandia-se e desentranhava-se em fecundas obras de misericórdia.

Só mais tarde, com a rainha Dona Leonor é que surge a grandiosa Instituição das Misericórdias, sendo a expressão máxima da caridade cristã e a primeira e mais organizada Instituição de caridade que jamais se tinha conhecido. Paralelamente com as Santas Casas, completando-as ou intervindo mesmo em sectores para os quais aquelas não se julgavam vocacionadas, continuaram e continuam a existir outras instituições de beneficência, hoje conhecidas pelo nome genérico de IPSS, sigla de Instituições Particulares de Solidariedade Social.

1.1 - A IPSS EM ESTUDO - “Inválidos Do Comércio”.

Esta Organização é uma Instituição Particular de Solidariedade Social com origem em 1929 na cidade de Lisboa, freguesia do Lumiar. O seu fundador portador de ideias inovadoras ao criar esta instituição teve como objectivo apoiar, acolher e proteger indivíduos tanto na invalidez como na velhice que tenham tido uma vida ligada ao ramo comercial, mas também ajudar crianças e jovens. A Instituição destacou-se pelo modo como assumiu os seus propósitos, sobretudo pelo facto da acção social ser praticada não como um favor, mas como um direito.

Em 1978, a Instituição deixou de estar ligada apenas aos comerciantes, passando a dar apoio também a idosos que tenham exercido outro tipo de profissão, por esse motivo surge como que uma sucursal na freguesia dos Prazeres, que actualmente se encontra encerrada, funcionando apenas a “casa-mãe”.

Mantém em funcionamento uma série de serviços e estruturas que permitem ajudar o idoso, através de apoio domiciliário, centro de dia, assim como apoiar economicamente pessoas que apresentem carências e também seguir os estudos de crianças e jovens.

Sendo constituída por um grande número de sócios (pessoas singulares ou colectivas) que, com a sua quotização, representam uma percentagem significativa dos proveitos da Instituição. Os corpos sociais são constituídos por: Assembleia Geral (todos os sócios com quotas em dia), Direcção, Conselho Fiscal, Comissões Auxiliares e Delegados. A Direcção é formada por sete membros: Presidente, Vice-presidente, primeiro e segundo secretário, um tesoureiro e dois vogais.

Os rendimentos da Instituição são resultantes de bens e capitais, heranças e doações, quotas dos sócios, serviços e participações dos utentes, donativos e produtos de festas e subscrições, participações e subsídios do Estado e de outros Organismos oficiais e Instituições particulares.

Neste equipamento social residem cerca de 300 pessoas na modalidade de “lar de idosos”, existem sectores femininos e sectores masculinos, sectores para casais e para pessoas dependentes, a par de refeitórios, salas de leitura, de estar e de entretenimento. Existe também um auditório onde se realizam as Assembleias Gerais da Instituição e outras reuniões.

Em Abril de 1996 é inaugurado um novo sector da Instituição, denominado “Ala Residencial”, com o qual foi iniciado um novo sistema de cedência vitalícia a sócios e demais interessados, que pela sua qualidade suscitou um grande interesse por parte dos sócios e público em geral e rapidamente excedeu as expectativas mais optimistas.

Passado cerca de um ano e meio (Novembro de 1997) foi terminada uma nova ala – Ala Sul - com quartos novos que proporcionam óptimas condições de vida aos utentes. Quer os quartos da “Ala Residencial” quer estes novos, são duplos, têm casa de banho privativa, uma pequena cozinha, aquecimento central e instalações de telefone e TV.

2 - A QUALIDADE.

Tal como ficou expresso no capítulo introdutório, este estudo tem como objectivo identificar um nível de qualidade na perspectiva do consumidor de cuidados de saúde, neste caso um consumidor específico: os utentes da IPSS - Inválidos do Comércio.

Deparamo-nos logo aqui com uma primeira dificuldade que é a de avaliar e medir a qualidade e ainda antes disso com a própria definição do que é a qualidade e a forma como ela é vista de diferentes ângulos: qualidade para quem? Quem a define?

Neste estudo sabe-se que a perspectiva que se pretende analisar é a do utente dos cuidados de saúde, mas será essa a perspectiva indicadora de um bom nível de qualidade? Será que Qualidade se define pela satisfação do cliente? Segundo Deming (1991), eles poderão não ser os melhores juízes em matéria de inovação. Contudo parece-nos consensual que é, sem dúvida, um factor importante na definição de Qualidade, a opinião que o utente tem sobre um serviço que consome.

Segundo Domingues (2006), a qualidade pode ser concebida como aptidão adquirida para o uso, considerando as características do produto que satisfazem as necessidades dos clientes e a ausência de deficiências. Esta perspectiva encontra o seu enfoque nos processos internos da Organização responsabilizando os operadores e supervisores, privilegiando a elevada produção com um controle apertado do desperdício. Ou seja, muito útil em organizações industriais mas com pouca valia em Organizações de serviços.

Veremos mais algumas definições e perspectivas da Qualidade, mas esta resultará com toda a certeza de um conjunto de acções que realizamos quotidianamente de forma meticulosa e persistente. A adopção de práticas de qualidade obriga a suspender certezas inamovíveis, sistematizar o conhecimento, substituir modos de agir antigos e teimosos e muitas vezes a esquecer o que se sabe.

2.1 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO.

Para Pires (2004), “as preocupações com a qualidade sempre existiram e são intrínsecas à natureza humana”. Quando as pessoas produziam para consumo próprio a qualidade podia ser entendida como a boa e simples comida, o abrigo, a sobrevivência e o bem-estar, que se conseguiam com uma habilidade própria, muito sacrifício e persistência. “Hoje em dia os consumidores não têm a capacidade de influenciar directamente uma grande parte dos produtos que consomem”, mas ainda assim, não são passivos e exigem garantias de qualidade dos produtos que consomem. “A garantia da qualidade tornou-se uma tarefa complexa”, tanto mais complexa consoante as perspectivas que os consumidores podem entender da qualidade.

Segundo Pessoa (2002), a questão da qualidade está intimamente ligada ao desenvolvimento do mercado e à sua centralidade no modo de produção capitalista. Sendo óbvia a melhoria das condições de vida na passagem de uma economia de subsistência para uma economia de acumulação, pelo menos nos países desenvolvidos. Aumentando-se a pluralidade diversificada de postos de trabalho e aumentando também a complexidade da vida social. Com as melhores condições de vida e conseqüentemente uma maior disponibilidade de riqueza passa a existir também uma diferenciação no consumo, além do consumo básico, passa agora a haver outros tipos de consumos: culturais, de lazer, de serviços, etc.

Esta diferenciação a par do desenvolvimento do Estado-Providência, implicou o aparecimento de uma grande diversidade de serviços, inicialmente básicos como a educação, a saúde, os transportes, e depois outros mais diferenciados como já vimos. A concorrência entre produtores de serviços impõe uma necessidade de relacionamento com os consumidores para ir de encontro às suas expectativas e desejos, ou seja, para que o cliente sinta satisfação no seu consumo. Este factor passa a ser considerado como essencial na prosperidade e sucesso de qualquer ramo de actividade - a satisfação do cliente. Sendo mesmo uma condição indispensável à fidelização dos clientes e à sobrevivência das Organizações inseridas em ambientes cada vez mais competitivos.



Em função desta evolução socioeconómica das sociedades passou a existir, como se disse anteriormente intrínseca à natureza humana, uma preocupação com a qualidade do produto ou serviço que se disponibiliza para o consumo.

Pires (2004), diz-nos que “ao longo dos últimos 20-30 anos existiram algumas abordagens à qualidade que se impuseram como referências pelos resultados obtidos pelos seus autores.” Parece pois importante aprender com a experiência adquirida e transpô-la adequadamente para as nossas realidades e métodos.

▪ EDWARD DEMING

Quando se fala em Qualidade surge quase obrigatoriamente o nome de Edward Deming, sendo sem dúvida “um dos grandes vultos da revolução da Qualidade”. A escola Taylorista sustentava um modelo de controlo de qualidade baseado na inspecção do bem produzido, não envolvendo globalmente os diferentes intervenientes no processo produtivo. Por se tratar de um mecanismo de controlo final, o processo originava desperdícios irrecuperáveis. Este modelo era visto como um elemento que acrescentava custos e portanto afectava negativamente a produtividade. Deming aperfeiçoa este modelo e põe em causa o mito da Qualidade (aumento de custos). Como Pires nos diz, o que Deming faz é centrar o ponto de partida para a melhoria da Qualidade nas necessidades e expectativas dos consumidores criando dentro da Organização um “movimento contínuo de melhorias”.

Esta é a abordagem de Deming que veio revolucionar a indústria Japonesa, contrariando as filosofias de gestão de então, Deming propunha uma abordagem humanista baseada em novos princípios de gestão de forma a melhorar a qualidade, aumentando assim a produtividade.

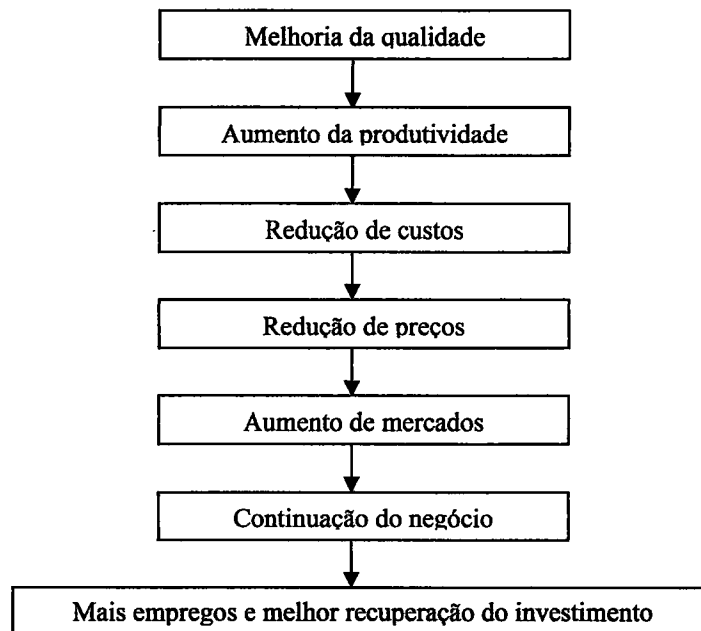
Na sua filosofia de actuação evocava várias recomendações, sendo célebres os 14 pontos que sintetizam a sua visão do que deve ser a Qualidade:

Quadro 1 - 14 pontos de Deming

1. *Estabelecer objectivos estáveis, com vista à melhoria dos produtos e serviços;*
2. *Adoptar a nova filosofia (de gestão da Qualidade);*
3. *Não depender exclusivamente da inspecção para aceitar a qualidade;*
4. *Não utilizar apenas o preço para conduzir o negócio. Em vez disso minimizar os custos totais, trabalhando com um único fornecedor;*
5. *Melhorar constantemente qualquer processo de planeamento, produção e fornecimento de um serviço;*
6. *Instituir a formação no posto de trabalho;*
7. *Adoptar e instituir a liderança da Direcção;*
8. *Eliminar o medo (de cometer erros);*
9. *Eliminar barreiras funcionais entre áreas;*
10. *Eliminar slogans, exortações e cartazes dirigidos aos trabalhadores dos níveis mais baixos (inadequados na forma no conteúdo e no tempo);*
11. *Eliminar indicadores monetários para os trabalhadores e numéricos para a gestão;*
12. *Eliminar barreiras que dificultem o orgulho pelo trabalho realizado. Eliminar sistemas de pontuações anuais, ou sistemas de mérito;*
13. *Instituir um sistema de formação e auto-melhoria para toda a gente;*
14. *Envolver toda a gente no trabalho de alcançar os objectivos da mudança.*

(Fonte: Pires, 2004. Sistemas de gestão da qualidade, p. 28)

Fig.1- Modelo de Deming



(Fonte: Pires, 2004. Sistemas de gestão da qualidade, p. 28)

▪ JURAN

Apoiando-nos no estudo de Pessoa (2002) vemos que alguns anos depois, em 1879, Juran fundou o *Juran Instituted Wilton* a fim de divulgar o seu programa no caminho da qualidade. Através das suas alterações inovadoras consegue actuar no sentido de prevenir o aparecimento do controle. Tendo como grande premissa que a qualidade não deve ser encarada com um custo, mas sobretudo sentida pelos gestores como um grande investimento.

A abordagem que mais caracteriza este autor é, para Pires (2004), o facto de ele estabelecer como “objectivo da gestão alcançar um melhor desempenho para a Organização e não o de manter o nível actual”. Ao que o próprio autor chama de *management breakthrough*. “Juran sustenta que pelo menos 85% das falhas em qualquer organização são falhas dos sistemas controlados pela gestão, menos de 15% dos problemas estão relacionados com os trabalhadores”. Sendo assim, nesta

perspectiva, a gestão, a principal responsável pelo actual estado e pela melhoria do desempenho da Organização

Para Juran existem “duas situações distintas: a **INSPECCÃO/CONTROLO** e a **PREVENÇÃO** ou *BREAKTHROUGH*. Numa situação de controlo (gestão tradicional) pressupõe-se que o nível actual de desempenho é suficientemente bom e não pode ser melhorado”. Numa situação de *breakthrough* acredita-se precisamente no inverso, ou seja, que o nível de desempenho actual pode e deve ser melhorado.

Nesta abordagem, “Juran parte do princípio que não existe mudança numa organização a não ser que exista alguém a reclamá-la”, sendo pois o “primeiro passo acreditar que uma mudança é possível e desejável”, a longo prazo, em todos os aspectos da operação de uma organização. Não se tratando de resultados a curto prazo. Aliás, a grande dificuldade desta abordagem é, para Pires, o facto de os gestores não terem tempo suficiente para planear a mudança por se encontrarem absorvidos em fazer funcionar a organização ao nível dos problemas quotidianos.

▪ **PHILIP B. CROSBY**

“Um dos princípios fundamentais de Crosby é tratar da qualidade como tratar de problemas de pessoas”, para além deste conceito assume também os princípios enunciados por Deming e Juran. “Crosby identifica seis postulados para a gestão da qualidade”:

- Qualidade significa conformidade e não elegância,
- Não existem problemas da Qualidade,
- Não existe uma economia da Qualidade, é sempre mais barato fazer bem à primeira vez,
- A única medida de desempenho é o custo da Qualidade,
- O único padrão de desempenho é o zero defeitos,
- Qualidade não tem custos.

Crosby construiu uma grelha de maturidade para identificar até que ponto a Organização começa a integrar a gestão da Qualidade:

Quadro 2 - Grelha de Crosby

GRELHA DE MATURIDADE DE INTEGRAÇÃO DO PROCESSO DA QUALIDADE	
INCERTEZA	Quando a gestão não tem conhecimento da qualidade com uma ferramenta positiva da gestão
DESPERTAR	Quando a gestão começa a reconhecer que a gestão da qualidade pode ajudar mas não lhe afecta os recursos.
CLARIFICAR	Quando a gestão decide introduzir um programa formar de qualidade.
SABER	Quando a gestão e a Organização atingem o estado em que as mudanças permanentes podem ser feitas.
CERTEZA	Quando a gestão da Qualidade é uma parte vital da gestão da empresa.

(Fonte: Pires, 2004. Sistemas de gestão da qualidade, p. 30)

No comparativo dos três nomes mais importantes no desenvolvimento desta matéria nota-se que no essencial todas as abordagens têm em comum 3 vectores: a melhoria contínua, uma mudança assente num conjunto de atitudes pelas quais a gestão tem uma importante responsabilidade, uma gestão da mudança a longo prazo.

Mais recentemente Domingues (2006) refere que a filosofia TQM (*Total Quality Management*) tem vindo a ser cada vez mais adoptada. Nesta nova filosofia o enfoque é colocado na prevenção dos problemas, na satisfação dos consumidores e na melhoria contínua dos processos da organização. Com uma extensa matriz de actividades de gestão visa-se a compreensão dos processos da organização de forma a eliminar perdas e a aumentar a previsibilidade. Esta nova abordagem à temática da qualidade tem em consideração todos os vectores descritos anteriormente, acrescentando-lhe um novo: a **satisfação do cliente**.

Diversos autores entendem a TQM como um sistema estruturado que cria condições para a participação de todos os colaboradores da organização, no planeamento há implementação das melhorias e respectiva avaliação com base no trabalho em equipa, sempre com o objectivo de ir de encontro às expectativas dos consumidores, e excedê-las.

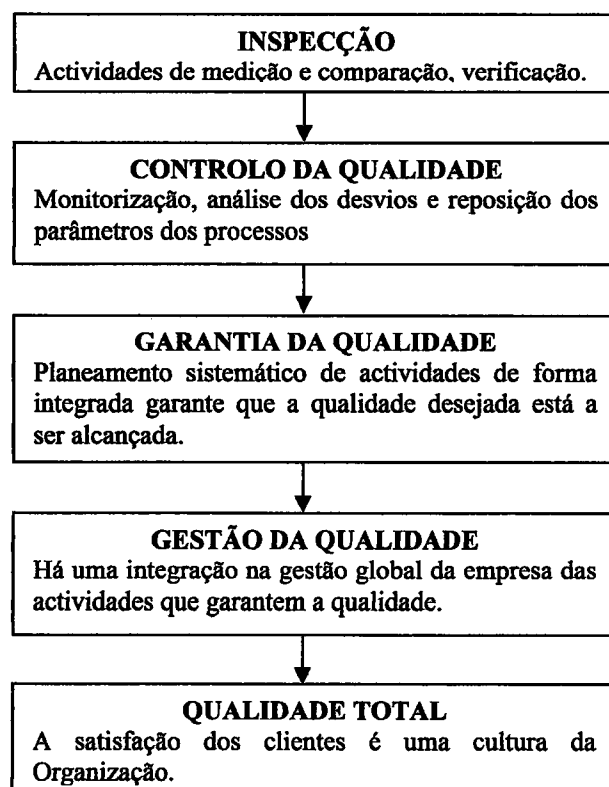
No entanto Raposo (1998) admite que a implementação desta filosofia nem sempre é bem sucedida, sendo no entanto reconhecido o seu sucesso na generalidade dos sectores de actividade económica. Este autor define os pontos fortes e fracos desta abordagem que representamos no quadro seguinte:

Quadro 3 - Pontos Forte e Fracos da TQM.

Pontos Fortes e Fracos da TQM	
Enfoque central no consumidor e satisfação deste como objectivo principal.	Não é fácil ser entendida.
Técnicas de gestão baseadas em instrumentos de medição.	Requer mensurações objectivas que nem sempre são possíveis.
Diagnóstico e resolução de problemas da organização conseguido à custa do trabalho em equipa.	Podem ser dispendiosas e não garante o sucesso.
Capacidade de adaptação em organizações distintas geográfica e culturalmente.	Tende a ser um caminho único nos processos de educação e comunicação.
Não necessita de alterações contratuais dos elementos participantes.	Mantém a hierarquia tradicional dentro da organização.

Em conclusão, podemos resumir que a evolução dos conceitos acontece cronologicamente da seguinte forma:

Fig.2 - Evolução dos conceitos de Qualidade.



Na perspectiva de Pires (2004), a “qualidade de um produto ou serviço está intrinsecamente ligada a dois vectores fundamentais: A satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores, ser oferecido a um preço que o consumidor esteja disposto ou possa pagar”. Para Pires, a garantia de qualidade é uma função complexa principalmente por duas ordens de razão: primeiro porque os consumidores entendem a qualidade de diversas formas, segundo porque a qualidade assume uma latitude cada vez maior necessitando de utilizar “saberes” de áreas do conhecimento mais diversificadas.

Como se percebe todas as questões que se prendem com a Qualidade estão intimamente relacionadas com o cliente, produtividade e eficiência. Se as questões de produtividade e eficiência estão mais dependentes de áreas do conhecimento como a gestão (pura e dura), já as relacionadas com as questões do cliente podem e devem ser estudadas por áreas do conhecimento social. Sabendo-se qual a opinião do nosso cliente seguramente estaremos mais aptos a ir de encontro às suas expectativas e necessidades. Com a integração dos diferentes conhecimentos, a Organização poderá melhorar o seu desempenho continuamente e perdurar.

2.2 - ORGANIZAÇÕES AUTISTAS.

O autismo é uma doença do foro psiquiátrico que se caracteriza por uma total ausência de interacção cognitiva com o mundo exterior, ou seja, o indivíduo está completamente centrado em si mesmo, alheando-se do mundo que o rodeia.

Segundo Domingues (2006), “todas as organizações têm em maior ou menor grau práticas autistas que as tornam insensíveis às expectativas e exigências dos seus utentes”, mas porque será que algumas organizações ignoram as exigências e expectativas dos seus utentes?

Embora na actualidade com a mudança de filosofia de gestão dos serviços de saúde (empresarialização) se assista a uma preocupação crescente com as expectativas dos utentes a verdade é que ainda existem muitos serviços e organizações de saúde com

práticas autistas, ou, no mínimo com uma evidente desvalorização pela opinião dos utentes.

Domingues explica este fenómeno devido à presença de vários factores, que poderão existir em simultâneo ou individualmente, na totalidade ou parcialmente, dependendo da natureza da organização:

- Centralização dos poderes.
- Concorrência limitada.
- Enfoque no preço do produto.
- Enfoque no lucro.
- Enfoque na tecnologia.
- Enfoque na disciplina.
- Atitude de defesa.

Ter os poderes de decisão centralizados reduz substancialmente “a capacidade de resposta às solicitações dos públicos”. O que acontece neste caso é que quem detém o melhor nível de informação sobre os problemas não é quem tem o poder de decidir e quem tem esse poder está normalmente distante da realidade da sua organização, “atrasando decisões e criando insensibilidade e rigidez organizacional”. Segundo Domingues estas organizações “tanto podem existir no sector público como no privado, tanto podem ser grandes como pequenas e o grau de centralização depende muito das crenças e práticas do seu líder”. O facto das organizações não levarem a sério a avaliação da satisfação dos seus utentes faz com que não haja uma estratégia de aprendizagem a partir dos defeitos e das não conformidades. Não levar a sério não significa apenas não a fazer, pois mesmo com instrumentos de avaliação da satisfação do utente as organizações muitas vezes “não têm procedimentos definidos para tratar esses dados e comunicar com os utentes”.

“Nos sectores onde existe menor concorrência, o autismo tem mais espaço para medrar”, Domingues quer com isto dizer que a falta ou limitada concorrência é um incentivo importante à desvalorização dos desejos e expectativas dos utentes, “como acontece nos sectores públicos e em sectores económicos sujeitos à monopolização”.

Um enfoque centrado no preço do produto final é muitas vezes o garante de sucesso de uma empresa, contudo, segundo Domingues há “cada vez menos espaço para organizações centradas na produção”, este tipo de estratégia pode garantir o sucesso, mas a inerente falta de preocupação pelo serviço prestado ao cliente será factor determinante na longevidade dessa empresa porque “a concorrência leva à procura e aperfeiçoamento de novos factores de competitividade assentes nas representações e desejos dos clientes”.

Uma gestão com excessiva preocupação no lucro tem uma tendência inevitável a olhar os clientes “numa perspectiva pecuniária e instrumental”, existindo neste caso uma clara e obsessiva preocupação em captar o dinheiro aos consumidores sendo relegados para um plano secundário a satisfação das suas necessidades. “ E aqui a diferença entre negócios antigos e modernos, grandes e pequenos, é menor do que parece”. Se juntarmos à palavra “lucro” a expressão “redução de custos” poder-se-á mesmo fazer algum paralelismo com o sector público-privado da saúde.

Para Domingues o sector da saúde é um exemplo de organizações que se focalizam essencialmente na tecnologia subvalorizando o desejo dos clientes, paralelamente as organizações de serviço público cometem o mesmo erro pela sua excessiva centralidade na tecnologia burocrática, “desenvolvendo comportamentos de indiferença aos problemas dos seus utentes”.

Ainda o mesmo autor refere “a gestão das forças armadas ou nas prisões e antigamente nos seminários e nas escolas como sendo “orientadas para a disciplinação” com objectivos claros de condicionamento e obediência dos sujeitos, levando a uma insensibilidade às necessidades do seu público.

Qualquer organização está sujeita às pressões do ambiente (externo e interno), uma excessiva necessidade de defesa face a essas pressões pode levar à surdez, nestes casos, Domingues diz-nos que “a tecnoestrutura não é capaz de dar resposta à quantidade e diversidade de problemas apresentados pelos utentes”. Os funcionários fazem-se surdos, “são constituídos grupos informais de insuspeitas solidariedades”, segundo o autor “é o que acontece nos serviços de saúde onde quase todos se protegem face às tímidas investidas dos utentes”.

Para Domingues, a “medição das atitudes face às organizações e destas face aos seus clientes pode constituir um seguro indicador do estágio civilizacional de uma sociedade, pois parece haver evidência empírica de que as sociedades mais ricas também são aquelas que levam o consumo e o consumidor mais a sério”.

Com este estudo pretende-se pois combater alguma tendência autista que porventura pudesse existir na organização em estudo. Dando voz aos utentes está-se sem qualquer receio ou defesa a tentar perceber o que na opinião dos consumidores é alvo de crítica. Sabe-se como as mudanças comportamentais são impacientemente lentas e os resultados discretamente verificados, ora, se isto é válido para as pessoas individualmente, muito mais o é para um conjunto de pessoas que se organizam em prol de um objectivo comum (Organizações).

2.3 - QUALIDADE ORGANIZACIONAL NA SAÚDE.

Neste sector, ainda que tradicionalmente fora da lógica de mercado, as preocupações com a qualidade dos cuidados de saúde são muito remotas. Segundo Pessoa (2002), essas preocupações encontravam-se motivadas pela necessidade de encontrar melhores práticas para tratar os doentes e não por razões de concorrência entre alternativas possíveis. Contudo, na actualidade estamos perante uma realidade diferente em que se começa a perceber de uma forma cada vez mais consistente que as motivações terão de passar também por uma lógica de mercado na saúde.

Carapinheiro (1993) considera o hospital segundo a perspectiva de Organização, quer ao nível do seu funcionamento e das suas relações internas, quer ao nível da definição de orientações económicas de maximização da eficiência das suas actividades produtivas. Para este autor o hospital utiliza uma lógica organizacional específica. É nesta perspectiva que nos queremos centrar, representando aqui o “hospital” estudado por Carapinheiro as Organizações prestadoras de cuidados de saúde, neste caso específico, uma IPSS.

Segundo nos diz Sousa (1990) o estudo científico das organizações data do início do século XX, podendo definir-se quatro grandes correntes de pensamento que cronologicamente aparecem pela seguinte ordem: clássicos, comportamentalistas e pragmáticos, abordagem sistémica.

Uma concepção pragmática funde as preocupações das teorias clássicas com a abordagem comportamentalista, sendo então o grande objectivo produzir eficientemente mas em função do mercado (o sistema deixou de ser fechado). Na visão sistémica conceptualiza-se a organização como um sistema social aberto em interacção dinâmica com a sua envolvente. A organização é um agente activo no desenho do seu posicionamento estratégico.

Colocando-se num ponto de vista empresarial, Sousa afirma que qualquer organização deve apresentar vantagens competitivas que lhe permitam não ser substituídas por terceiros. Em livre concorrência e num meio socioeconómico como o actual, a incapacidade de manter essa competitividade levará ao desaparecimento da organização.

Embora na nossa realidade concreta não seja muito provável o desaparecimento de organizações por falta de competitividade, importa aqui reter a filosofia de dinâmica empresarial que numa visão mais atenta do contexto actual se percebe ser a linha directora de um futuro próximo e já real em muitos casos (a empresarialização da saúde). Estando desta forma subjacente a necessidade permanente de demonstrar capacidade de produzir melhor que terceiros, o que progressivamente se irá acentuar com uma também progressiva liberalização concorrencial neste sector.

Pessoa (2002) refere que a qualidade das Organizações de Saúde é uma questão inevitável tendo em consideração as rápidas mudanças da sociedade actual. Sabe-se, porém que a sua implementação implica mudanças culturais para as quais os profissionais irão certamente apresentar resistências. Hoje as Organizações têm à sua disposição uma quantidade de instrumentos que podem ser facilitadores dessas mudanças, sendo a Qualidade um dos factores eleitos para que se instale a mudança.

Estas resistências não podem ser impeditivas da mudança, pois habitualmente essas resistências não representam uma vontade de não mudar, uma vez que segundo Casado

(1997) as pessoas aceitam e apoiam aquilo que ajudam a criar e resistem ao que lhes é imposto.

A prova disso mesmo está nas inúmeras resistências que sentiram com a Estratégia De Saúde Para O Virar Do Século (1998-2002) do Ministério da Saúde (1999), uma reforma que começa agora a dar os seus frutos. A par dessas resistências que se foram sentindo (e ainda reais) Nascimento e Jesuino (2002), dão-nos conta de um estudo de opinião desenvolvido sobre os Serviços de Saúde na União Europeia em que se mostra que apenas 43% dos portugueses achavam boa qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, contra uma média europeia de 71%. O mesmo estudo evidencia ainda que 80% dos portugueses consideraram que os seus serviços de saúde eram ineficientes e que os doentes tratados ficavam aquém do desejável, contra uns 50% de média europeia sobre a mesma questão. Ou seja, a população portuguesa achava que as coisas na saúde não estavam bem mas resistiam à mudança. Como nos diz Casado (1997), as resistências são inerentes ao comportamento das pessoas, no dia-a-dia das Organizações.

A qualidade surge como uma incontornável prioridade de intervenção neste sector, para todos os actores envolvidos na prestação de cuidados de saúde à população portuguesa, estas mudanças já começaram há muito na Organizações de saúde por excelência - o Hospital, porém existem outras organizações a prestar cuidados de saúde às populações - as IPSS, que como se viu no primeiro capítulo reflecte uma tradição secular no nosso país que não podemos deixar cair no esquecimento e tal como as outras organizações de saúde, também estas têm de acompanhar a modernidade tendo como enfoque central da sua gestão o utente. Fazendo também todo o sentido a mudança pela qualidade neste tipo de Organizações, pois elas desempenham um papel importante na complementaridade do Sistema Nacional de Saúde.

A empresarialização dos hospitais permite-nos hoje haver uma aproximação do sector da saúde à lógica de mercado, tornando mais compreensível e aceitável aos profissionais as mudanças de que falamos anteriormente. Iniciar essa mudança neste novo contexto torna novamente válidas as premissas do Ministério da Saúde (1998) que sustentavam as intervenções na área da saúde. Para Pessoa (2002), elas assumiam a especificidade das características que diferenciam a Qualidade Organizacional na Saúde

de outros sectores do mercado português, na medida em que ela procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde, e não respondendo à procura oferecendo sempre mais.

Segundo Mezomo (2001), com a gestão pela Qualidade Total a Organização ganha legitimidade e tem também resultados económicos, principalmente ao nível da redução do desperdício. Havendo conseqüentemente uma valorização da sua imagem social, sendo a organização respeitada como um património da comunidade.

2.4 - QUALIDADE: Uma Mudança de Comportamentos.

“ Quando se toma a organização com um sistema aberto, adaptativo e complexo, a primeira verificação é que os elementos, ou constituintes do sistema, são pessoas, em si sistemas abertos, adaptativos e complexos. Ambos tiram sentido e são animados por um propósito. Por isso a nossa visão tem de ser holística. Caso contrário perderemos a floresta pelas árvores. ”

(Pereira, 2004. Fundamentos de Comportamento Organizacional, p. 135)

Com efeito, nunca é demais recordar que as organizações são constituídas por pessoas e terão de ser elas a principal preocupação para que o objectivo final da organização seja concretizado, ou então a organização deixa de ter sentido e sucumbe.

Sendo constituída por pessoas e quando se pensa em implementar uma mudança de comportamentos, como uma gestão pela qualidade impõe, é necessário levar em linha de conta os fenómenos comportamentais interpessoais, intragrúpicos e intergrupais, pois eles serão preponderantes no sucesso da implementação das mudanças.

Como nos diz Pereira (2004), a relação entre duas pessoas constitui a mais simples e a mais forte das interacções humanas. As organizações limitam a extensão e modelam estas relações, contudo existe uma lógica que subjaz a todas as variações – a lógica negocial. Na diáde encontramos o processo de negociação em estado puro, uma vez

que, para este autor, o elemento base de qualquer relação diádica é a troca de propostas comportamentais, tratando-se sempre de uma relação de poder.

O processo aberto à díade é o de negociação, logo que se junta mais uma pessoa (formando-se um grupo), quaisquer dos seus membros podem-se coligar contra o outro. Este processo de coligação estará sempre presente na vida do grupo e em geral configurará uma maioria e uma minoria. Segundo Lewin, citado por Pereira (2004) o comportamento de um grupo não é previsível por melhor que se conheçam os seus membros, contudo o princípio fundamental da *dinâmica de grupos* postula que qualquer grupo de trabalho orientado para a resolução de problemas oscila sempre entre duas modalidades de acção: ou trabalha para a *coesão* ou trabalha para a *solução de problemas*.

A interpretação destes fenómenos é feita à custa de forças psicológicas que são isomórficas das forças da Física e por isso se pode falar em situações de desequilíbrio e equilíbrio, em sistemas de tensão, em cargas e descargas. Constituindo a coesão um desses sistemas de tensão, acontecendo o mesmo quando um problema é posto ao grupo, este entra em desequilíbrio que tenderá naturalmente para o equilíbrio. Para Pereira (2004), um dos factores que mais contribui para a coesão do grupo é a verificação de que cada um dos seus elementos tem mais probabilidade de atingir as suas próprias finalidades.

Com o tempo e com o processo de interacção desenvolvem-se finalidades e padrões de acções comuns e os membros do grupo reformularão as suas próprias finalidades pessoais. Na prática, para Lewin citado por Pereira (2004), verifica-se que os grupos bem organizados e produtivos têm membros muitos diferenciados, afirmando Lewin que não é a similaridade entre pessoas que mantém o grupo mas sim a interdependência.

Nos fenómenos de comportamento intergrupais encontra-se outro tipo de complexidades, mas como na díade, está-se perante uma situação constituída por duas partes, neste caso, grupos tomados como unidade. Por este facto, é necessário ter em consideração o processo de interacção entre grupos e o modo com ele se desenvolve

pois irá influenciar e afectar os membros de cada um deles. Na vertente “inter” situam-se os processos de competição, de conflito, de cooperação e de agressão.

A influência dos grupos de pertença no desenvolvimento de determinado comportamento, é de facto, um dado importante e que deve ser considerado quando se pretende implementar uma mudança rumo a uma Cultura da Qualidade. Esta só terá reflexos no terreno se existir uma perfeita interiorização de todos os actores da organização dos princípios e valores dessa nova Cultura.

Na perspectiva de Pessoa (2002), não se pode esquecer que, regra geral, uma política de Qualidade nas Organizações de Saúde, só tem efeitos sobre atitudes e comportamentos dos seus trabalhadores se forem contemplados os princípios base como a *autonomia/empowerment*, responsabilização e envolvimento de todos, que objectivamente terão de convergir para o desenvolvimento de uma Cultura da Qualidade Organizacional.

Num estudo referido por Leitch *et al* (1995), ocorrido entre 1993 e 1994 em dez empresas americanas que receberam o prémio de Qualidade Organizacional, não sendo Organizações de Saúde, é salientado o facto de que foram identificados em todas elas estratégias similares de envolvimento dos profissionais na filosofia da Organização e que foram vitais na implementação de programas de Qualidade, como por exemplo: A formação, a comunicação, as equipas e o *empowerment*.

A atitude e a disponibilidade para interiorizar os princípios inerentes a uma cultura da qualidade, a motivação, o envolvimento e a responsabilização, assentam claramente na satisfação dos profissionais no seu ambiente de trabalho. É nesta perspectiva que os comportamentos das pessoas funcionam como um factor de sustentabilidade ao sucesso de toda e qualquer Organização moderna que se preocupa com a gestão de recursos humanos.

2.5 - QUALIDADE: A Importância da Formação.

É hoje comumente aceite que a formação contínua é indispensável em todas as áreas profissionais, no sector da saúde esta necessidade é mais patente pois é evidente o crescimento de conhecimentos que com uma enorme rapidez obriga os profissionais deste sector a novas e sucessivas adaptações. Representado assim a formação uma das áreas fundamentais a investir para que as pessoas interiorizem os princípios e valores inerentes a uma Cultura da Qualidade.

Como nos diz Branco (1991), investir na formação é para a maioria dos peritos na área da qualidade, investir nos recursos humanos, que são sem dúvida, o activo mais importante de uma organização. Representando cultural e estrategicamente a melhor “tecnologia” para o desenvolvimento das organizações.

Na opinião de Fazenda (1991), é através da formação constante dos trabalhadores na organização, da sensibilização sistemática dos seus dirigentes, bem como do esforço de todos, liderada sempre pela Administração, que se produzem os efeitos positivos, e nesse sentido caminhar-se realmente para uma cultura da qualidade.

Parece ser consensual que a formação contínua tem um papel importante na motivação dos profissionais, dotando-os de mais conhecimento, responsabilizando-os, logo, os índices de motivação e satisfação no seu trabalho serão pilares fundamentais na prossecução do objectivo final de uma organização de saúde: a excelência dos cuidados de saúde prestados.

2.6 - MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.

Neste trabalho pretende-se começar a sensibilizar a organização em estudo para a problemática da qualidade, para uma gestão pela qualidade, tentando desta forma caminhar no sentido de, como se disse anteriormente, uma Cultura da Qualidade. Este é

apenas um dos primeiros passos de uma caminhada que se quer firme e sustentada - ouvir os utentes. Este capítulo surge, não como uma análise profunda aos diferentes modelos de avaliação da qualidade, mas apenas e só como fundamentação de que existem referenciais que para já irão ajudar a conduzir o nosso caminho e um dia mais tarde, quiçá talvez avaliá-lo.

Em 1947 foi estabelecida uma organização não governamental, cuja missão consiste na promoção e desenvolvimento da normalização e actividades em todo o mundo, a - *International Organization for Standardization*. De uma forma comum conhecida entre nós por “ISO”. Sendo hoje uma federação de organismos de normalização em 130 países, um por país.

As normas da família ISO 9000 são referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade que representam um consenso internacional sobre boas práticas de gestão e com o objectivo de garantir, da primeira e de todas as vezes, o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos dos clientes ou estatutários e/ou regulamentares, bem como a prevenção dos problemas e a ênfase na melhoria contínua.

Segundo a APCER (Associação Portuguesa para a Certificação) (2003), a definição de produto deverá ser interpretada de acordo com a ISO 9000:2000: “Produto: resultado de um processo”, e respectivas notas associadas, das quais se destaca: “Existem quatro categorias genéricas de produtos: Serviços; Software; Hardware e Materiais Processados”. Estas boas práticas são compiladas num conjunto de requisitos normativos (ISO 9001:2000) e orientações para a melhoria do desempenho (ISO 9004:2000), cuja implementação é independente do tipo, dimensão, sector de actividade das organizações. Estas duas normas compõem um “par consistente”, com estruturas e formatos alinhados.

- ISO 9000:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabulário.
- ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.
- ISO 9004:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Melhoria do Desempenho.

Segundo Imperatori (1999), após a II Guerra Mundial a crescente complexidade da medicina e dos seus custos com as também crescentes exigências da população, justifica cada vez mais a necessidade de modelos de avaliação sistemática no planeamento e na garantia da qualidade dos serviços prestados. Neste contexto em 1951, no EUA, é criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), posteriormente designada de *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHO). Esta comissão tinha por finalidade garantir um elevado nível de qualidade monitorizada com base em auditorias regulares aos diferentes tipos de serviços de saúde.

No estudo de Pessoa (2002) pode ler-se que nos anos 80 e 90 para além dos EUA, vários países desenvolveram sistema de avaliação nas suas unidades de saúde: no Canadá o *Canadian Council on Healthcare Standards*, em França a *Agence National d'Accréditation et Évaluation en Santé* e no Reino unido o *King's Fund Health Quality Service*.

Em 1987 a JACHO, citado por Caldas de Almeida *et al* (1995) divulga um modelo de avaliação da qualidade em 10 passos:

- Entregar a responsabilidade de processo avaliativo a uma equipa para tal nomeada.
- Definir claramente e à partida o tipo de actividade que vai ser avaliada.
- Isolar para cada actividade os itens de gestão mais relevantes na abordagem da situação clínica a que se destinam.
- Identificar os indicadores mais relacionados com esses itens.
- Estabelecer claramente os padrões e limites mínimos para os indicadores seleccionados no ponto anterior.
- Organizar um registo funcional de dados.
- Avaliar a qualidade técnica (ou outro factor julgado relevante), caso os indicadores estejam abaixo dos padrões e limites estabelecidos atrás.
- Formular alternativas para melhorar os indicadores (por exemplo através do estabelecimento de novos critérios de gestão).

- Avaliar o resultado prático destas sugestões.
- Elaborar relatórios em que constem todos os dados julgados necessários para a melhoria da Qualidade.

Para Pessoa (2002), este modelo representa uma abordagem sistemática de garantia de qualidade, enquanto processo dinâmico para determinar a aproximação ou afastamento relativamente a alguns efeitos pré-determinados.

Em Portugal a portaria nº 288/99 de 27 de Abril, cria no âmbito do Ministério da Saúde o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), incumbindo ao IQS, no quadro das medidas políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Este organismo desenvolveu e desenvolve projectos que visam a avaliação da qualidade em saúde a vários níveis, tais como:

Quadro 4 - Projectos do IQS.

PNAH	Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, tendo em 17 de Março de 1999, o IQS estabelecido um protocolo de colaboração com o <i>King's Fund Health Quality Service</i> com o objectivo do estabelecimento de uma parceria para "... colaborar no desenvolvimento do sistema Português da Qualidade na Saúde".
MONIQUOR	Instrumento de avaliação da qualidade em Centros de Saúde.
QUALIGEST	Modernização da Gestão dos Serviços de Saúde.
NOC's	Normas de Orientação Clínica.
MANUAIS DA QUALIDADE	Está disponível o Manual da Qualidade para "Admissão e Encaminhamento de Utentes".
HOPE	HOPE, é o Comité Permanente dos Hospitais da União Europeia, em 2000 um grupo de trabalho português elabora o Relatório sobre a "Qualidade dos Cuidados de Saúde: actividades hospitalares".
IQUI - PORTUGAL	Projecto Internacional de Indicadores de Qualidade. (International Quality Indicator Project).

(fonte: http://www.iqs.pt/q_organiz.htm, acedido em 04/10/07)

Socorrendo-nos da mesma fonte percebemos que existe um projecto actualmente em curso e que vem de encontro à problemática aqui em estudo: Qualidade numa instituição que presta cuidados de saúde aos idosos e pessoas dependentes. Trata-se de um instrumento que se encontra em processo de revisão: “Avaliação Da Qualidade Das Unidades De Internamento E Outras Respostas De Cuidados Às Pessoas Idosas E Às Pessoas Em Situação De Dependência”.

3 - MEDIÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.

O modelo de abordagem dos cuidados de saúde assenta na clássica divisão de Donabedian (1980). Este autor agrupou áreas de medição e sintetizou as abordagens avaliativas na tríade:

{ Estrutura
Processo
Resultados

Esta abordagem tem sido genericamente aceite nos estudos de avaliação da qualidade dos cuidados e como instrumento para classificar os programas de garantia da qualidade. Definições segundo Donabedian dos elementos da tríade:

ESTRUTURA: Características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados, dos recursos de que dispõem e das condições físicas e organizacionais que desempenham a sua actividade.

PROCESSO: Conjunto de actividades que se desenvolvem entre os profissionais e os consumidores de cuidados.

RESULTADOS: Alteração no estado de saúde actual ou futuro do consumidor dos cuidados que esteja relacionada com anterior consumo de cuidados.

A “estrutura” refere-se a tudo o que respeita aos recursos, seja de organização administrativa das instituições, sejam os recursos materiais e humanos, é a capacidade instalada para a prestação dos cuidados de saúde. Estes elementos constituem o *input* do sistema, algumas das variáveis de estrutura são: o número de pessoal, a qualificação do pessoal, a localização, as estratégias existentes para melhorar a qualidade dos cuidados, etc. Este pilar estrutural tem uma lógica de abordagem *ex-ante*, ou seja, uma melhor estrutura implica conseqüentemente um melhor processo e melhor resultado.

No estudo de Ferreira (1998), entende-se que todavia não há um conhecimento comprovado de uma relação tipo causa-efeito, sendo insuficiente avaliar a qualidade apenas pela avaliação da estrutura, uma vez que boas condições de estrutura não garantem, necessariamente, bons processos e resultados.

Por “processo” entende Donabedian ser um conjunto de actividades que se desenvolve entre os prestadores e os utentes, desde a admissão. Cada indivíduo é visto como parte integrante de pelo menos um processo, sendo sabido que um utente passa obrigatoriamente por vários processos. Este vector de análise baseia-se no facto de que, se em todas as fases do processo foram utilizados os conhecimentos e tecnologias disponíveis, o resultado esperado será provavelmente melhor do que se o processo assentasse em tecnologias ou conhecimentos mais pobres.

Os registos dos profissionais que mais directamente lidam com o utente em termos de cuidados de saúde (médicos e de enfermagem) representam o material mais tangível para este tipo de avaliação, contudo, tornam-se insuficientes na medida em que muita da “arte de cuidar”, assim como aspectos não cognitivos da prestação de cuidados como por exemplo as atitudes e habilidade dos prestadores, não ficam registados em suporte escrito. O que acaba por acontecer de facto é que a lógica que esteve na base da prestação dos cuidados e conduziu a decisões por parte deste profissionais raramente fica documentada. Sendo obrigatório numa gestão da qualidade total a avaliação dos resultados e da satisfação do utente.

As variáveis que reflectem os “resultados” dos cuidados de saúde referem-se ao produto final, dado que o objectivo deles é curar ou estabilizar a doença, melhorando a capacidade funcional e aliviando a dor e o sofrimento, o êxito dos cuidados deve medir-se em relação aos objectivos definidos.

A avaliação da qualidade ao nível do processo identifica-se com a garantia e o controlo da qualidade dos serviços prestados, na avaliação dos resultados é mais comum as medidas de qualidade de vida e de satisfação dos doentes e outras mais clássicas como a mortalidade e medidas de satisfação pessoal.

Esta abordagem avaliativa pode ser sintetizada pelo seguinte esquema:

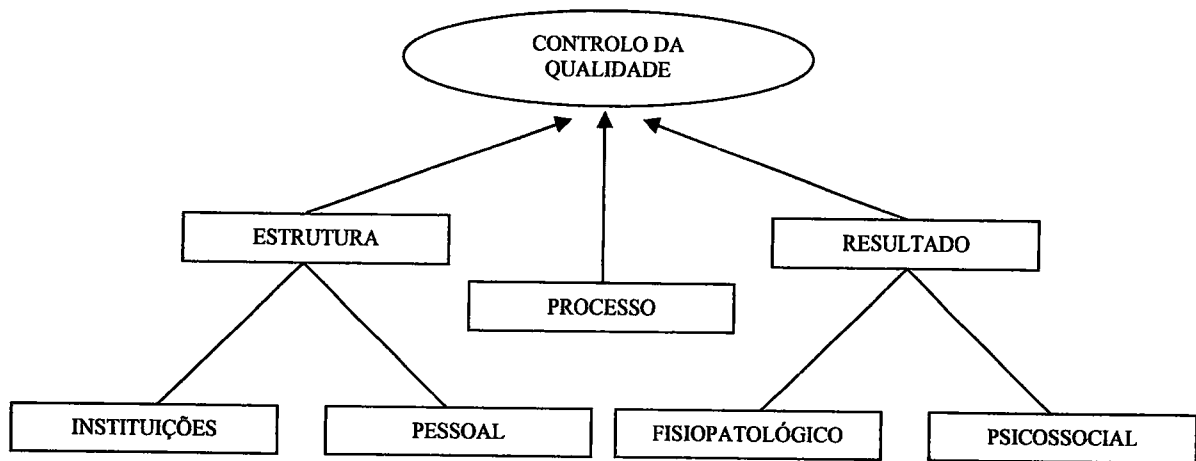


Fig. 3 - Ponto de convergência da qualidade
Fonte: Constanzo Verinsky, citados por Vuori (1991:62)

3.1 - TAXONOMIA DOS CUIDADOS.

Quando se estuda a qualidade dos cuidados prestados é necessário definir um conjunto de dimensões adequadas a tal propósito. Sendo o objecto deste estudo a percepção que os utentes e/ou associados têm enquanto consumidores dos cuidados de saúde que lhe são prestados, temos que obrigatoriamente centrar a nossa avaliação no utente. Assim sendo, as medidas têm, necessariamente, que procurar conhecer qual a experiência que o utente tem e reflectir as preocupações dos utentes nas avaliações referentes ao desempenho da Instituição.

Uma outra preocupação é saber se são consagrados todos os aspectos da prestação de cuidados nessa avaliação. Para que isso aconteça Ferreira (1990) considera:

- Aspectos técnicos
- Aspectos interpessoais
- Aspectos sociais
- Aspectos psicológicos
- Aspectos éticos

E ainda alguns aspectos relacionados com a continuidade e coordenação de cuidados.

Não se conhecendo estudos no contexto destas Instituições (IPSS) sobre as principais dimensões de preocupação dos utentes usaremos como linha de orientação as propostas por Meterko, citado por Ferreira (1990), que usando uma análise dos comentários e grupos focais, obteve uma taxonomia de preocupações dos doentes, composta por sete categorias que apresentamos no quadro seguinte:

Quadro 5 - Taxonomia das preocupações dos doentes.

I - Serviço de admissão antes e durante o processo de admissão
A. Procedimentos e funções B. Pessoal C. Equipamentos, peças e instalações D. Outros E. Comentários gerais
II - Urgências, pré-admissão e admissão
A. Procedimentos e funções B. Pessoal C. Ambiente e equipamento: sala de tratamento, áreas de espera
III - Alojamento e Instalações
A. Instalações B. Comida e serviço de alimentação
IV - Cuidados na enfermaria
A. Enfermagem B. Cuidados médicos na enfermaria C. Outros serviços de cuidados de saúde D. Cuidados gerais da unidade
V - Procedimentos e instruções de alta
A. Procedimentos e funções B. Pessoal
VI - Aspectos gerais do hospital
A. Serviços, cuidados, tratamento e procedimentos B. Pessoal C. Hospital e qualidade do hospital D. Topografia e equipamento
VII - Serviços de facturação e informação financeira relativa à estadia.
A. Serviços B. Pessoal

Fonte: Ferreira (1990)

O instrumento usado no citado estudo foi baseado no questionário Patinete Judgment of Hospital Quality (PJHQ), um questionário cujas perguntas foram obtidas através de uma análise factorial a partir de uma lista de 50 itens, no que resultou as seis principais dimensões da avaliação dos cuidados de saúde:

- ❖ Enfermagem e cuidados diários.
- ❖ Ambiente Hospitalar, condições de alojamento e outro pessoal.
- ❖ Pessoal médico.
- ❖ Informação.
- ❖ Admissão.
- ❖ Alta.

Como dissemos, usaremos esta taxonomia como linha de orientação por representar os principais aspectos que pretendemos identificar. Com efeito, do decorrer da fase curricular deste ciclo de estudos foi realizado um inquérito na Instituição em estudo com o objectivo de identificar problemas a necessitarem de intervenção imediata (ANEXO I), o que de certa forma traduz a preocupação do utentes, tendo-se percebido que uma grande parte dos utentes estava preocupada com questões relacionadas com os cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros, pelas relações entre os profissionais e entre estes e os utentes, assim como pelas condições de alojamento, esta última dependente do sector onde o utente está alojado. Embora não representando um instrumento cientificamente rigoroso, ele ajuda-nos a perceber que estamos a usar as linhas de orientação correctas.

No nosso estudo não iremos considerar as dimensões relacionadas com a admissão e com a alta pois a Organização prestadora dos cuidados de saúde em causa não se trata de um hospital mas sim de uma IPSS que tem como função acolher e cuidar os idosos na saúde e na doença. Embora exista um sector (o Serviço de Apoio ao Dependente) onde essa dimensão faria sentido, sendo até habitualmente identificado pelos utentes e profissionais como a “enfermaria”, não quisemos restringir o nosso estudo aos utentes de um sector da instituição, queremos perceber qual a percepção que os utentes de uma forma global têm da sua instituição em relação aos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Iremos então considerar 5 dimensões:

- Pessoal médico.
- Pessoal de Enfermagem.
- Outro pessoal.

- Condições de hoteleiras (alojamento/alimentação).
- Informação.

Para responder à nossa questão de Investigação (Qual é o nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados na percepção dos utentes da IPSS - Inválidos do Comércio?) iremos recorrer a adaptação de um instrumento elaborado por Ferreira (1998) para avaliação da qualidade hospitalar (IAQH). Não se tratando de um hospital trata-se de uma Organização prestadora de cuidados de saúde a idosos e dependentes. Sabendo-se pelo que Ferreira nos diz, que o IAQH visa a obtenção de conhecimentos sobre o modo como os doentes avaliam a qualidade dos hospitais, vem, exactamente de encontro ao que procuramos saber. Entendemos que a opinião e comentários dos consumidores de cuidados de saúde contribuem decisivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e para melhores resultados, assim como, para reforço positivo da imagem da Instituição junto dos seus associados e comunidade. Pelo que, com algumas adaptações ele serve inteiramente o nosso propósito. Falar-se-á mais aprofundadamente deste instrumento no capítulo Metodologia.

4 - A SATISFAÇÃO DO UTENTE.

Como vimos no ponto anterior uma gestão assente no paradigma da qualidade é uma gestão centrada no utente, na satisfação das suas necessidades e expectativas em relação a um produto ou serviço que consome. Sendo um dos objectivos deste estudo operacionalizar um instrumento indicador do nível de qualidade dos cuidados na percepção dos utentes de uma instituição, estamos claramente a falar de “satisfação”. Pois, como veremos, este conceito está intimamente relacionado com a qualidade apercebida pelos consumidores de um serviço. Não podíamos deixar de incluir um capítulo onde abordássemos a importância do conceito “satisfação do utente” enquanto avaliação pessoal da qualidade dos cuidados de saúde e dos prestadores.

A abrangência de conceito de saúde da OMS e a noção de aceitabilidade social apontam inequivocamente para a necessidade de considerar a opinião do utente enquanto consumidor de cuidados de saúde

Historicamente a satisfação dos doentes era um aspecto que raramente as organizações de saúde englobavam nas suas acções como garantia da qualidade. Os profissionais de saúde cada vez mais especializados tendem a considerar-se os únicos juizes da sua prática. Esta realidade é perfeitamente transponível para a realidade em estudo, uma vez que também estamos na presença dos tais profissionais de saúde especializados (médicos e enfermeiros). Tal como acontece no hospital estes não são os únicos prestadores de cuidados de saúde, existem outros profissionais que não sendo tão especializados também apresentam a dita tendência de não aceitarem uma avaliação das suas práticas pelos utentes. Talvez esta tendência seja como que um pouco protegida pelo “poder da bata branca” que um profissional prestador de cuidados tem sobre quem necessita deles. É esta “espécie de poder” que uma gestão feita em referenciais normativos da qualidade pretende desmistificar e dar relevância à opinião do utente, com este estudo pretendemos dar um passo nesse sentido.

Um grande corpo de conhecimentos, nomeadamente na área da qualidade, alerta para a incongruência entre a perspectiva dos profissionais e a perspectiva do utente e dos seus

familiares, sendo por isso na opinião de Friser citado por Ferreira (1990) crucial medir os resultados na óptica dos consumidores dos cuidados de saúde, incluindo a satisfação. No entanto, nestes últimos anos, provavelmente devido à filosofia imposta na gestão da saúde em Portugal (a empresarialização), os profissionais prestadores de cuidados têm vindo a alterar as suas concepções a este propósito e a sua forma de estar com os utentes.

Ferreira (1993), considera que as melhorias do estado de saúde da população efectivamente conseguidas não correspondem a uma melhoria da percepção subjectiva da saúde e bem-estar e defende que a melhor qualidade não passa só por uma melhoria técnica dos serviços prestados mas também por uma melhor informação relativamente ao próprio estado de saúde do utente, pelo carinho com que este é tratado e pela atenção dedicada aos seus sentimentos e valores. Embora 15 anos passados, julgamos ser de grande actualidade tal pensamento com uma relevância acrescida em instituições prestadoras de cuidados de cariz social, como é o caso.

A inclusão da satisfação dos utentes nos estudos para avaliação global da qualidade dos serviços é reconhecida por dois importantes autores nesta matéria. Quer Donabedian (1980) quer Vuori (1991) a defendem como input ou pré-requisito da qualidade dos cuidados que contribui para um melhor diagnóstico e como tal um contributo importante na melhoria da qualidade global, ou, como resultado ou atributo do processo de prestação de cuidados ou ainda como indicador de aquiescência e de controlo da execução de projectos de melhoria contínua da qualidade. Portanto, assume-se que a satisfação do utente é entendida como um meio para alcançar a qualidade dos cuidados e um resultado dos cuidados prestados, um indicador sobre aspectos dos cuidados capaz de indicar áreas de excelência ou que necessitam de correcção e ainda a expressão das variáveis pessoais.

Hoje em dia parece ser consensual dizer que a opinião dos utentes é um precioso indicador em determinados aspectos dos cuidados, especificamente ao nível do tratamento pessoal, das informações que recebe, a acessibilidade aos cuidados, o contentamento com as instalações. Ou seja, as amenidades e os aspectos interpessoais, que resultarão por certo numa melhor predisposição para seguimento das orientações dos cuidadores e para a incorporação dos saberes do utente no processo dos cuidados.

Estas parecem-nos ser algumas das razões da importância em perceber a satisfação do consumidor de cuidados e que legitimam a necessidade de envolver os utentes, responsabilizando-os pela gestão da sua saúde.

4.1 - DIMENSÕES DO CONCEITO DE SATISFAÇÃO.

“Está satisfeito?”

Sendo uma questão simples, ela encerra dentro de si a integração de vários conceitos, pois a satisfação é um conceito multidimensional envolvendo, como vimos, aspectos técnicos, aspectos interpessoais e as amabilidades. Este conceito, numa perspectiva holística, é um complicado fenómeno psicossocial impregnado pelas expectativas dos utentes, pelo produto dos cuidados de saúde e as suas experiências no sistema de saúde.

Cleary e Mcneil, citados por Coelho (1998), falam em 9 dimensões que contribuem para a satisfação dos doentes: a arte dos cuidados, a qualidade técnica, a acessibilidade, a conveniência, o pagamento, o ambiente físico, a disponibilidade, a continuidade e os resultados. Já Hal e Dornam citados pelo mesmo autor, apresentam 11 dimensões, contudo com muitas semelhanças às citadas anteriormente: humanidade, informação, qualidade geral, competência, burocracia, acessibilidade, custo, facilidade, resultado de saúde, continuidade e atenção aos problemas psicológicos.

Hopkins e Fitz-Patrick citados no estudo de Coelho (1998) atribuem a 4 dimensões dos cuidados saúde a maior responsabilidade na relação com a expressão de satisfação dos doentes: a disponibilidade dos cuidados (na medida em os diferentes recursos limitam os cuidados), a acessibilidade aos cuidados (por ex. O tempo de espera, o preço e a distância), o processo dos cuidados (aspectos interpessoais, a competência técnica e os aspectos da organização dos cuidados), os resultados dos cuidados (alívio da dor, restauração da função, a ausência de sequelas).

Delbanco e outros citados num trabalho de Ferreira (1998), no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, procuraram determinar quais os aspectos da qualidade dos cuidados a atender tendo em conta a perspectiva dos doentes, tendo

concluindo que os aspectos a ter em maior atenção nesta avaliação são: atenção por parte dos médicos, informação sobre a rotina hospitalar, a quem pedir ajuda e resposta pronta no caso de queixas de dor e melhor informação sobre a alta.

Como já se disse, não sendo este um estudo da “satisfação” é um estudo cujo resultado final está fortemente relacionado com este conceito, ou seja, não teremos um bom nível de qualidade dos cuidados prestados na percepção do utente se estes não estiverem satisfeitos com esses cuidados. Importa pois, perceber que o estudo da satisfação pode ser feito de duas formas distintas: como variável dependente, ou seja, correlacionada com as variáveis do sistema de cuidados e como variável independente, correlacionada com as características dos utentes.

O estudo da satisfação como variável dependente em geral envolve o aspecto da interacção entre o utente e o prestador (competência técnica e aspectos interpessoais), da acessibilidade, disponibilidade, custo dos cuidados e do ambiente físico. Num estudo da satisfação como variável independente pretende-se entendê-la de uma forma preditiva de um comportamento, entendendo que há variações nas características individuais que influenciam a sua propensão para se sentirem satisfeitos.

Facilmente se conclui que, qualquer que seja o estudo sobre satisfação ele terá uma forte carga de subjectividade, sendo a variabilidade da satisfação dependente de um grande número de factores intrínsecos e extrínsecos ao utente. Relativamente à variabilidade das apreciações dos utentes Georgopolos e Mann; Kirsh e Reeder, citados por Vuori (1991) defendem que “os doentes têm os seus próprios critérios de qualidade, embora possam variar, de acordo com o tipo de instituição onde são tratados e com as variáveis sócio-demográficas”, contudo afirmam que as apreciações sobre a qualidade feitas pelos doentes têm um alto grau de concordância com outros procedimentos considerados mais objectivos.

Não obstante as alternativas do estudo sobre a satisfação, parece ser consensual que este conceito multidimensional tem que obrigatoriamente ser tomado como um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

5 - PERCEPÇÃO: Breve Abordagem Sobre O Conceito.

Neste capítulo, tentaremos perceber como é que o fenómeno da percepção influencia a forma como o utente entende os cuidados de saúde que lhe são prestados. Como veremos, a visão do utente reflectirá aquilo que para ele é realmente importante, sendo exactamente isso que a par das boas práticas interessa conhecer para a satisfação das suas necessidades e expectativas.

“Não somos máquinas fotográficas, nem gravadores. Não absorvemos com os nossos olhos exactamente aquilo que está "ali". Respondemos constantemente a pistas que têm significado para nós; vemos aquilo que queremos ou necessitamos ver para nos defendermos ou prosseguirmos com os nossos objectivos”

(autor desconhecido, <http://www.fct.unl.pt>)

Da mesma forma, não vemos as pessoas como elas são, vemo-las pelo que elas significam para nós. Se considerarmos o modo como compreendemos o mundo em que vivemos e, particularmente, os aspectos que têm a ver connosco e com as nossas relações com outras pessoas, podemos constatar que organizamos o mundo de acordo com conceitos ou categorias.

De facto, sempre que consideramos as nossas próprias qualidades, as outras pessoas ou os acontecimentos do mundo inanimado, temos de recorrer a estes conceitos. Estamos dependentes, para a compreensão do mundo, dos conceitos e categorias de que dispomos para organizar as nossas experiências. Se nos faltar um conceito para definir algo que ocorre no mundo, temos de inventar um ou não podemos responder ao acontecimento de um modo organizado.

Também para Gleitman et al (2003) o olho é mais do que uma máquina fotográfica e o ouvido mais do que um microfone, sendo os nossos sistemas sensoriais activos na transformação da estimulação recebida. Esta transformação é impressionante quando se analisa a experiência de atributos sensoriais simples, mas o problema da percepção

complica-se ainda muito mais quando se tenta compreender a apreensão de objectos e acontecimentos da realidade externa circundante ao indivíduo. “*Como é que vemos, não apenas uma coisa reluzente, ou uma coisa vermelha, mas sim uma reluzente maçã vermelha?*”

Para que este fenómeno da percepção fosse bem compreendido seria necessária uma explanação de um corpo de conhecimentos próprios da disciplina de psicologia, com uma revisão sobre os mecanismos fisiológicos dos sentidos. Tal aqui não nos parece pertinente fazê-lo, já que interessa apenas perceber a importância deste fenómeno na avaliação que os participantes do estudo fazem da qualidade dos cuidados de saúde

Ainda segundo Gleitman et al (2003) cada um de nós desenvolveu o seu próprio conjunto de conceitos que utiliza para interpretar o comportamento dos outros. Estas preferências de conceitos estão, na maior parte das vezes relacionadas com as nossas motivações e experiências.

Na opinião de Vala e Monteiro (2006) as expectativas, desejos, afectos e emoções do participante determinam frequentemente a sua reacção à estimulação exterior recebida, podendo mesmo o resultado mostrar uma ausência de correlação entre os dados da situação e o objecto ou fenómeno projectado. Para estes autores, outro factor que muito influencia a percepção é o da “desejabilidade social”, segundo Jones e Davis citados na sua obra *Psicologia Social*, o participante possui um esquema de procedimentos para interpretar o real e uma base de dados sobre as probabilidades de um acontecimento ter sido causado pela situação ou pelo actor, sendo esta base de dados construída pelas expectativas.

Recorrendo ainda ao exemplo da maçã que nos foi dado por Gleitman et al (2003), segundo estes autores poder-se-há pensar que o único problema está em captar o significado perceptivo da estimulação visual, como será interpretada esta estimulação: como um fruto comestível? Como um alimento que faz bem à saúde? Como a causa de expulsão do paraíso? Como se percebe o significado desta estimulação está intimamente dependente da base de dados que o indivíduo tem sobre aquela realidade. Mas, os mesmos autores despertam-nos ainda para outra problemática: e se se mostra a maçã a alguém que nunca antes tenha visto tal coisa? Ou seja, a base de dados do indivíduo está

vazia para a realidade que observa. Ele não vai saber que coisa é aquela, mas vê-la-á certamente, como uma coisa redonda cuja existência não duvidará, contudo não saberá o que representa, não passando de um objecto.

Se pensarmos nesta maçã como sendo a qualidade dos cuidados de saúde percebidos pelo utente, facilmente faremos a transposição da importância do fenómeno “percepção” na análise da sua avaliação.

Assim sendo, a percepção de uma pessoa está dependente de factores estruturais, funcionais, institucionais e pessoais, e ainda que, exista um esforço para ir de encontro às expectativas e necessidades dos utentes é sempre possível não o estarmos a conseguir. Pois como vimos, as motivações, expectativas e experiências que estão na base da nossa percepção podem atribuir a uma realidade uma significação que não corresponde forçosamente ao que outros possam atribuir. Ou seja, embora um conhecimento teórico-prático dê competências ao profissional para actuar correctamente dentro da sua esfera de conhecimentos, podemos não estar a ir de encontro às reais necessidades do utente, e isso, numa política que se quer de excelência dos cuidados, tem que se ter obrigatoriamente em consideração.

6 - METODOLOGIA.

Para Quivy (1998) a investigação é por definição algo que se procura, é um caminhar para um melhor conhecimento e “deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”, o que representa para nós uma aventura estimulante.

Segundo o mesmo autor, antes de se iniciar esta longa caminhada é obrigatório definir um itinerário, um fio condutor tão claro quanto possível a fim de estruturar com coerência o trabalho. Neste estudo, pretendemos conhecer o nível de qualidade dos cuidados prestados na perspectiva dos utentes da IPSS - Inválidos do Comércio. Para o efeito foi colocada a nossa questão inicial que representou a definição do itinerário, quando o caminho se tornava obscuro e de difíceis decisões, consultava-se o ponto de partida e o destino desta aventura:

“Qual é o nível de Qualidade em relação aos cuidados de saúde prestados, na percepção dos utentes da IPSS - Inválidos do Comércio?”

Centrados na problemática que se abordou neste estudo, a Qualidade em Saúde, mais especificamente a qualidade dos cuidados de saúde numa instituição não hospitalar, pretende-se desde logo conhecer a opinião do consumidor desses cuidados no sentido de diagnosticar a situação em relação a esta temática.

Os desenhos e os métodos de investigação são uma das partes críticas de qualquer estudo, sendo estes que permitem responder (ou não) à questão inicialmente colocada e que permitem definir a forma como a informação será recolhida. Ribeiro (2007) diz-nos mesmo que, se o desenho e o método são inadequados, toda a investigação estará comprometida.

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo não experimental, descritivo, transversal e correlacional, recorrendo a uma abordagem de análise unicamente quantitativa. O que indica, desde logo, que não haverá uma intervenção directa do investigador naquilo que se pretende observar e descrever, o facto será descrito tal como

acontece; será analisado um único grupo que, neste caso, coincide com o universo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num único momento; considerar-se-á também correlacional porque um dos objectivos do estudo é identificar relações entre as variáveis em estudo. Como se percebe pelo método de análise, todas as variáveis são quantificáveis, e as escalas de avaliação a usar são do tipo *Likert*, iremos por isso recorrer a análise estatística com a complementaridade do recurso informático com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Neste capítulo, iremos abordar a arquitectura do instrumento original (Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar) e a sua adaptação à realidade em estudo, a selecção da população alvo, os procedimentos, as hipóteses e o tratamento estatístico.

6.1 - ARQUITECTURA DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.

A génese deste instrumento já foi explicada no ponto 4.1, assim como, a justificação da sua adaptação ao presente estudo. Neste ponto, iremos apenas sumariamente apresentar a sua arquitectura original para depois ver como a adaptamos.

O questionário que se adaptou é como já se disse o Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar (IAQH), que actualmente é utilizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da faculdade de Economia da Universidade de Coimbra da autoria do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira que fez a sua validação transcultural para a realidade do sistema de saúde português.

O instrumento tem a designação genérica “como vê o seu hospital?”, similarmente o instrumento adaptado adoptou a designação de “como vê o seu lar?”. Originalmente constituído por 93 questões, 40 das quais são questões chave nucleares para avaliação dos cuidados prestados no internamento hospitalar. Uma cópia integral do questionário original será anexado (ANEXO II), contudo o questionário fica sintetizado nos quadros seguintes.

Quadro 6 - Síntese do Questionário “como vê o seu Hospital?”

SECÇÃO	Nº ITENS	Nº DA QUESTÃO
1. Informação descritiva sobre o processo de admissão e de estadia no hospital.	12	1 a 12
2. Avaliações de múltiplos aspectos de cuidados hospitalares.	40	13 a 52
3. Avaliações gerais dos cuidados hospitalares.	3	53 a 55
4. Avaliação da satisfação com os cuidados hospitalares.	7	56 a 62
5. Intenção de voltar ao Hospital e recomendá-lo a amigos.	2	63 a 64
6. Perguntas abertas.	4	65 a 68
7. Avaliação da alteração do estado de saúde.	14	69 a 82
8. Características demográficas e descritivas dos inquiridos.	11	83 a 93

Quadro 7 - Aspectos da Qualidade dos cuidados hospitalares.

ESCALA	Nº ITENS	Nº DA QUESTÃO	CONTEÚDO
Admissão	3	13-15	Eficiência, preparação e atenção.
Cuidados diários	4	16-19	Satisfação das necessidades, coordenação de cuidados, ajuda e simpatia, sensibilidade para os problemas.
Informação	3	20-22	Facilidade em obter informação, instruções, informação a familiares e amigos.
Pessoal de enfermagem	5	23-27	Aspectos técnicos, atenção, resposta, cuidados e carinho, informação.
Pessoal médico	6	28-33	Atenção, disponibilidade, cuidados e carinho, aspectos técnicos, informação, coordenação.
Outro pessoal	5	34-38	Técnicos de análises, Técnicos de Rx, Fisioterapeutas, maqueiros.
Condições de alojamento	10	39-48	Privacidade, quarto, utilização de equipamentos de apoio, ambiente calmo, alimentação, sinalização, edifício, estacionamento, visitas e horário de visitas.
Alta	4	49-52	Procedimentos, planeamento, coordenação de cuidados, transferência.

No ponto seguinte, iremos abordar a forma e os critérios definidos para adaptação do questionário ao presente estudo.

6.2 - ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR.

A razão pela qual acreditamos que a adaptação deste instrumento serve inteiramente o propósito deste trabalho está explicitada no ponto 3.1, porém queremos recordar que o objectivo principal do estudo é identificar qual é, na percepção dos utentes, o nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados, o que em muito se assemelha ao objectivo para o qual o IAQH foi criado.

A diferenciar está o facto da instituição envolvente nesses cuidados ser de diferentes âmbitos, no entanto temos um denominador comum que se quer ver avaliado pelos utentes - a qualidade dos cuidados de saúde. São óbvias as similaridades nesta temática: existem os utentes dependentes de vários profissionais que lhes prestam cuidados, os utentes estão numa “espécie” de regime de internamento (neste caso permanente) onde as questões de alojamento e hotelaria assumem uma importância relevante e onde existe um corpo multidisciplinar de profissionais prestadores de cuidados.

Os critérios de adaptação passaram sobretudo pela eliminação dos aspectos não aplicáveis neste contexto (a admissão e a alta), enfoque apenas nos aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados e o reajustamento do conteúdo dos itens de avaliação das diferentes escalas, de forma a ir de encontro à realidade em estudo. Por exemplo, a escala “outro pessoal” fica com os itens: assistentes sociais, fisioterapeutas, animador sócio-cultural, ajudantes de enfermaria, ajudantes de acção directa. Foi ainda criado um outro item de avaliação nas escalas “pessoal de enfermagem” e “pessoal médico” que foi: “avaliação durante o último ano: forma como viu os cuidados evoluírem”. Isto porque, durante este período existiram muitas alterações funcionais e de pessoal.

Foram também tidos em conta critérios de simplificação no entendimento das questões uma vez que havia uma forte percepção de que o grau de escolaridade dos utentes era relativamente baixo, (facto que se comprovou estatisticamente), para este efeito a escala de avaliação foi alterada para: Excelente, Muito Bom, Bom, Satisfaz, Não Satisfaz. Tendo sido eliminado um nível de avaliação - “Não aplicável”, tendo também existido algumas alterações ao nível do conteúdo dos itens de avaliação.

Ficará anexado (ANEXO III) uma cópia do instrumento “como vê o seu lar?”, no entanto, sintetizamos o instrumento adaptado nos seguintes quadros:

Quadro 8 - Síntese do instrumento “como vê o seu lar?”.

SECÇÃO	Nº ITENS	Nº DA QUESTÃO
1 - Caracterização dos sujeitos.	10	1 a 10
2 - Pessoal de enfermagem.	8	11 a 18
3 - Pessoal médico.	8	19 a 26
4 - Outro pessoal.	5	27 a 31
5 - Condições de alojamento.	7	32 a 38
6 - Opinião geral.	3	39 a 42

Quadro 9 - Conteúdos do instrumento “como vê o seu lar?”.

SECÇÃO	Nº ITENS	Nº DA QUESTÃO	CONTEÚDO
Caracterização dos sujeitos	10	1-10	Idade, sexo, relação do utentes com a instituição, local de alojamento, situação familiar, grau de ensino, duas questões dicotómicas (7 e 8), rendimento médio mensal e quem vai preencher o questionário.
Pessoal de enfermagem	8	11-18	Aspectos técnicos, áreas a serem melhoradas nos aspectos técnicos, resposta à chamada, atenção, gentileza e carinho, informação, coordenação, avaliação do último ano.
Pessoal médico	5	19-26	Aspectos técnicos, áreas a serem melhoradas nos aspectos técnicos, disponibilidade, atenção, gentileza e carinho, informação, coordenação, avaliação do último ano.
Outro pessoal	5	27-31	Assistentes sociais, fisioterapeutas, animador sócio-cultural, ajudantes de enfermaria, ajudantes de acção directa.

Condições de alojamento	7	32-38	Privacidade, o quarto, melhorias no quarto (limpeza, conforto, iluminação e temperatura), equipamentos de apoio, ambiente calmo, qualidade da alimentação, visitas.
Opinião geral	3	39-42	Qualidade global, imagem da instituição, recomenda esta instituição?

De referir ainda, que o questionário é constituído unicamente por perguntas fechadas o que, se por um lado diminui a possibilidade dos utentes se expressarem, por outro diminui o grau de subjectividade da avaliação. Foi decidida esta opção tendo em conta os objectivos do estudo e ainda por se estar a utilizar de base um instrumento construído à custa de evidências científicas determinadas pelo seu autor, mais especificamente, ao nível da taxonomia dos cuidados.

No entanto, e porque existiram algumas alterações significativas quer na forma quer no conteúdo, procedeu-se à sua validação de fidelidade e consistência interna, utilizando para isso as ferramentas disponíveis no SPSS, que no ponto seguinte se explicita.

6.2.1 - Análise de Fidelidade das Escalas.

A análise de fidelidade permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fidelidade da escala e também fornece informação sobre as relações entre os itens individuais numa escala. Podem ser usados coeficientes de correlação inter-classes para calcular estimativas de fidelidade. (Pestana e Gageiro, 2005:525). No SPSS estão disponíveis vários modelos de análise de consistência interna:

- *Alpha (Cronbach)*: Modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item.
- *Split-half*: Divide a escala em duas partes e examina a correlação entre elas.
- *Guttman*: Calcula limites inferiores de fidelidade.
- *Paralelo*: Assume variâncias iguais e erros de variância iguais nas replicações.

- *Paralelo rígido*: Também pressupõe médias iguais entre itens.

Segundo Pestana e Gageiro (2005), nas ciências sociais, o modelo mais utilizado para verificação da consistência interna é o *Alfa de Cronbach*.

Para os mesmos autores o *Alfa de Cronbach* mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão, ou seja, as respostas ao questionário irão diferir, não porque este esteja confuso e propicie diferentes interpretações mas, porque os inqueridos têm diferentes opiniões.

Pestana e Gageiro (2005) dizem-nos que se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade alta. Note-se, que uma consistência interna com um coeficiente de fidelidade de 0.70 ou mais é considerada como "Razoável" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um valor de 0.80 ou mais é considerada como "Boa", se superior a 0.90 é "Muito Boa".

Ao analisarmos então a escalas utilizadas no instrumento "como vê o seu Lar?", obtivemos os seguintes resultados.

Quadro 10 - Análise de fidelidade das escalas.

ESCALA	Nº ITENS	ALFA DE CRONBACH	CONCLUSÃO
Pessoal de enfermagem	7	0,930	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor > 0,90. Consistência interna Muito Boa. ▪ Dados unidimensionais: as 7 variáveis medem uma única dimensão: a avaliação do pessoal de enfermagem.
Pessoal médico	7	0,944	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor > 0,90. Consistência interna Muito Boa. ▪ Dados unidimensionais: as 7 variáveis medem uma única dimensão: a avaliação do pessoal médico.
Outro pessoal	5	0,844	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor > 0,80. Consistência interna Boa. ▪ Dados unidimensionais: as 5 variáveis

			medem uma única dimensão: a avaliação de outro pessoal.
Condições de alojamento.	6	0,793	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O valor > 0,70. Muito próximo de 0,80, considera-se a consistência interna Boa. ▪ Dados unidimensionais: as 6 variáveis medem uma única dimensão: a avaliação das condições de alojamento. ▪ Se o item 37 fosse retirado o valor subia para 0,801.

Para uma visualização mais pormenorizada anexa-se (ANEXO VI) todas as tabelas resultantes da análise no aplicativo informático SPSS.

Nas escalas “pessoal de enfermagem” e “pessoal médico”, apenas são considerados 7 itens porque as questões 12 e 20 são sub-questões das 11 e 19, pelo que apenas foram consideradas estas últimas.

Concluimos, que a utilização das quatro escalas de medida é totalmente adequada, os resultados da análise de consistência interna ou fidelidade dos dados revelam a adequação das escalas.

6.3 - UNIVERSO DO ESTUDO E UNIVERSO DE TRABALHO.

Para Ribeiro (2007) a totalidade de observações pertinentes que podem ser feitas na procura de informações para resposta a um problema constitui o universo. Smith citado por Ribeiro (2007) faz a diferenciação entre “universo geral” e “universo de trabalho”, sendo este último a operacionalização concreta do universo geral. O mesmo autor considera esta diferenciação importante, uma vez que em investigação de ciências sociais e comportamentais raramente se estuda o universo geral.

Com efeito, foi também no nosso caso foi necessário operacionalizar o universo do estudo, estabelecendo para isso os critérios de inclusão e de exclusão ao universo geral: Utentes da Instituição Inválidos do Comércio.

Critérios de Inclusão

- Ser residente na instituição.
- Sujeito participante estar lúcido.
- Participação dos sujeitos de livre e espontânea vontade.
- Estar presente na Instituição no período entre 19 e 23 de Setembro de 2007.

Critérios de Exclusão

- Não ser residente na instituição.
- Estar alojado no Serviço de Apoio ao Dependente. (*)
- Estar em confusão mental.
- Manifestar desejo de não participar.
- Não estar presente nos períodos em que decorre a distribuição dos questionários.

(*) Local onde é realizado o pré-teste e risco de enviesamento do estudo pela influência directa do investigador neste sector de alojamento.

Não se procedeu a técnicas de amostragem uma vez que o estudo abrangeu todo o universo de trabalho, tendo-se obtido uma taxa de participação no estudo de 63%, com a devolução de 169 questionários de 293 sujeitos que correspondiam ao universo geral. Os 124 sujeitos que não participam no estudo são resultado de reunirem os critérios de exclusão, podendo-se neste caso afirmar que o estudo cobre 100% do universo de trabalho. De notar, que só o Serviço de Apoio ao Dependente conta com 83 sujeitos, 28,3% do universo geral, o que significa que apenas 13,9% dos sujeitos são afectados pelos restantes critérios de exclusão.

6.4 - PROCEDIMENTOS.

Segundo Ribeiro (2007), nesta parte do estudo sumaria-se com cuidado todos os passos da execução do estudo e todas as instruções que os sujeitos receberam.

O primeiro passo para realização do estudo foi disponibilizar ao Exmo. Sr. Presidente da Direcção de Inválidos do Comércio o projecto de Investigação, solicitando desde logo autorização para a realização do estudo. (ANEXO IV). Tendo sido aí decidida a dispensa do “consentimento informado”, uma vez que o instrumento produtor de informação não permite identificar individualmente o sujeito.

Embora não se tenha construído de raiz um instrumento para este estudo, foi feita uma adaptação de um já existente, o que nos levou à necessidade de procedimentos de validação. Como se viu no ponto “6.2.1”, foi feita análise estatística de fidelidade e consistência interna com um resultado positivo. O próximo passo metodológico que se impunha era a realização do pré-teste para afinações de entendimento por parte dos sujeitos participantes no estudo.

Entre 10 e 14 de Setembro de 2007 foi realizado o pré-teste com funcionários do Serviço de Apoio ao Dependente que fossem sócios da instituição. Tendo sido obtidos 27 questionários respondidos. De forma aleatória foram realizadas 15 entrevistas informais e não estruturadas aos participantes no pré-teste, com registo em anotações no momento num instrumento concebido para o efeito (ANEXO V), tendo-se chegado às seguintes conclusões:

- Dificuldades de interpretação devido à questão ser colocada na 1ª pessoa (ex: aos cuidados que lhe são prestados.). CORRECÇÃO - Questões na 3ª pessoa. Ex. : cuidados prestados ao utente.
- Foi necessário esclarecer o tipo de relação na questão "3". Foi necessário ainda acrescentar a opção "funcionário".
- Foi necessário simplificar a questão "10" e acrescentar a opção "associado".
- Foi necessário simplificar a questão "14" (havia confusão com a "15")

- Foi necessário simplificar a questão "15" (havia confusão com a "14")
- Foi necessário simplificar a questão "23" (havia confusão com a "21")
- Na questão 27 foi necessário alterar a palavra "tarefas" para "função". Os participantes não conheciam as tarefas das assistentes sociais, mas sabiam qual a sua função.
- Os participantes sentiram necessidade de especificar a sua opinião na questão 33, para o efeito foi criada a questão 34

Tendo sido decidido no decorrer do estudo que este teria como população alvo apenas os utentes residentes, a primeira correcção não seria inteiramente necessária. No entanto optou-se por fazê-la, uma vez que torna a questão mais clara e havia sempre a hipótese de o questionário ser preenchido com ajuda, neste caso a clareza da questão ajuda à sua compreensão.

Após o pré-teste, considerou-se o instrumento válido para iniciar o estudo. Definiu-se como período de distribuição dos questionários de 19 a 23 de Setembro de 2007, de 24 a 26 foi feita a recolha dos questionários, não sendo considerados os questionários entregues após essa data (foram entregues 8 questionários após o período definido).

Por cada sector existe uma funcionária responsável pela coordenação das tarefas e dos cuidados - Encarregada. Foi com a ajuda deste actor que os questionários foram distribuídos e recolhidos. Garantindo desta forma facilidade e rapidez no procedimento, garantindo-se também assim o anonimato do sujeito perante o investigador. Antes de iniciarem a distribuição, foi feita uma acção formativa onde foi esclarecido o objectivo do estudo assim como a leitura integral do instrumento para dissipar qualquer dúvida para uma colaboração mais eficaz.

As Encarregadas foram instruídas muito claramente sobre os seguintes aspectos: distribuírem os questionários apenas a utentes lúcidos, ajudar ou nomear alguém para ajudar, caso o utente não soubesse ler ou fosse invisual e ainda para respeitarem a decisão do utente em não querer participar. Cada Encarregada recolheu os questionários preenchidos do seu sector e guardou-os no seu gabinete.

Foi mantida supervisão durante o período de distribuição de forma a garantir os procedimentos estabelecidos, tendo os questionários sido recolhidos no dia 26 pelo investigador nos gabinetes das Encarregadas.

6.5 - HIPÓTESES.

Para Ribeiro (2007), as hipóteses têm como objectivo clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo. Os Modelos e teorias dão ideia quanto a hipóteses, segundo este autor “as hipóteses derivam de modelos, da teoria, de investigações anteriores”.

Hall e Dornan citados por Hopkins (1993), fizeram um estudo das características sócio-demográficas dos doentes como preditores da satisfação e não encontraram relação com o sexo, etnia, rendimento monetário e tamanho da família, tendo embora concluído que os doentes mais idosos e menores recursos educacionais tendem a ser mais satisfeitos.

Sendo o objectivo principal do estudo identificar o nível de qualidade dos cuidados de saúde na percepção dos utentes, quisemos identificar as avaliações globais dentro de cada dimensão definida para os cuidados de saúde e também perceber de que forma essa apreciação se relacionava com as características sócio-económicas dos sujeitos, assim estabeleceu-se como hipótese do estudo:

H₁ - Existe uma correlação significativa entre as características sócio-económicas dos utentes residentes em Inválidos do Comércio e a avaliação que estes fazem dos cuidados de saúde na instituição.

Por se tratar de uma hipótese que engloba várias dimensões e variáveis do estudo estabelecem-se as seguintes sub-hipóteses categorizadas consoante a dimensão:

Dimensão I - Avaliação do pessoal de enfermagem.

- H_{1.1} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o sexo dos utentes.
- H_{1.2} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a idade dos utentes.
- H_{1.3} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o local de alojamento dos utentes.
- H_{1.4} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a situação familiar dos utentes.
- H_{1.5} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o grau de ensino dos utentes.
- H_{1.6} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a remuneração média mensal do utente.

Dimensão II - Avaliação do pessoal médico.

- H_{1.7} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o sexo dos utentes.
- H_{1.8} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e a idade dos utentes.
- H_{1.9} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o local de alojamento dos utentes.
- H_{1.10} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e a situação familiar dos utentes.
- H_{1.11} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o grau de ensino dos utentes.

- H_{1.12} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e a remuneração média mensal do utente.

Dimensão III - Avaliação de outro pessoal.

- H_{1.13} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o sexo dos utentes.
- H_{1.14} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e a idade dos utentes.
- H_{1.15} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o local de alojamento dos utentes.
- H_{1.16} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e a situação familiar dos utentes.
- H_{1.17} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o grau de ensino dos utentes.
- H_{1.18} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e a remuneração média mensal do utente.

Dimensão IV - Avaliação de condições de alojamento.

- H_{1.19} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e o sexo dos utentes.
- H_{1.20} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e a idade dos utentes.
- H_{1.21} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e o local de alojamento dos utentes.
- H_{1.22} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e a situação familiar dos utentes.

- H_{1.23} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação condições de alojamento e o grau de ensino dos utentes.
- H_{1.24} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e a remuneração média mensal do utente.

Dimensão V - Opinião geral.

- H_{1.25} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o sexo dos utentes.
- H_{1.26} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a idade dos utentes.
- H_{1.27} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o local de alojamento dos utentes.
- H_{1.28} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a situação familiar dos utentes.
- H_{1.29} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o grau de ensino dos utentes.
- H_{1.30} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a remuneração média mensal do utente.

6.6 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.

Diz-nos Ribeiro (2007), que quando nos debruçamos sobre um conjunto de dados o objectivo é arrumá-los e categorizá-los de modo a que eles façam algum sentido e ainda verificar a existência de relações entre variáveis. “Os procedimentos de análise dos dados podem ser classificados de inúmeras maneiras para salientar os aspectos a que se dá mais relevância na investigação”.

Estes procedimentos são realizados através de um instrumento matemático - Estatística - que permite organizar, apresentar, analisar e interpretar os dados, sendo na opinião de

Silva (2005), o tratamento estatístico a essência da investigação como meio de provar ou refutar as associações previstas nas hipóteses formuladas.

Ainda, segundo o mesmo autor, “Hoje já não se faz estatística à mão, faz-se com programas disponíveis em computador”, a diversidade de aplicativos informáticos de tratamento estatístico é muita, no entanto, o mais comumente aceite na comunidade científica do vector social é o programa “SPSS”, acrónimo de *Statistical Package for the Social Science*, já atrás referenciado.

O tratamento estatístico deste estudo recorre também ao apoio do programa informático SPSS na sua versão 14.0 para o sistema operativo *Windows*. Com vista a dar resposta aos objectivos do estudo e das hipóteses formuladas, o tratamento e análise dos dados foi dividido em 4 grandes partes:

1. Análises de fidelidade às questões que integram cada escala, seguida da explicação da forma como foram construídas as escalas e suas dimensões.
2. Análise de Estatística descritiva das questões de caracterização do questionário.
3. Análise de Estatística descritiva das escalas, o que permite perceber de que forma são avaliados os cuidados nas suas várias dimensões.
4. Análise de inferência estatística para estudar os objectivos do trabalho. Sendo apresentada a análise da influência de todas as variáveis de caracterização.

Tendo sido a primeira parte do tratamento estatístico já explicado em “6.2.1”.

A análise de estatística descritiva é o procedimento que visa radiografar as características dos grupos estudados (neste caso, um grupo de pessoas e um grupo de dimensões), utilizando para isso a análise das frequências absolutas e relativas, das medidas de tendência central e de variabilidade.

Para responder ao objectivo de identificar quais os factores que mais influenciam a avaliação dos cuidados na perspectiva dos utentes, apresentam-se os valores médios e o limite inferior (LI) e limite superior (LC) do intervalo de confiança, com um grau de confiança de 95%, para as questões do inquérito. Estes dados permitem comparar quaisquer dois itens: Se existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança,

significa que não podemos considerar que os dois itens em análise são avaliados, em média, de forma diferente; se não existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança, significa que podemos considerar que os dois itens em análise são avaliados, em média, de forma diferente.

Estas conclusões são estabelecidas para um nível de significância de 5%, tal como todos os testes de hipóteses apresentados.

Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas (ou qualitativas, em escala de Likert) e as variáveis qualitativas nominais dicotómicas, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student* de forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica. O teste *t de Student* é antecedido por um teste de hipóteses à igualdade das variâncias (homocedasticidade) em cada um dos grupos, que é o teste de Levene. Este teste, consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses:

- H_0 : As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- H_1 : As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Como a amostra é de grande dimensão (> 50), para aplicar um teste estatístico paramétrico, não é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis.

Foi também necessário utilizar o teste estatístico paramétrico - ANOVA - que não é mais do que uma extensão do teste *t de Student*, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão, como é o caso. O teste ANOVA reside em:

- H_0 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.
- H_1 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

No teste *t de Student*, o resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar o pressuposto da igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa, e tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Sendo também usado o teste de *Levene*.

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos. O teste de Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre as medianas da variável quantitativa, para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.
- H_1 : Existe diferença entre as medianas da variável quantitativa, para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário, rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

No caso da questão 41, não pode ser considerada uma escala. Neste caso, utiliza-se o teste do Qui-Quadrado, em que temos as hipóteses:

- H_0 : As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;
- H_1 : As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

Quando o valor de prova for inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas.

6.7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.

Neste ponto, iremos apresentar todos os resultados obtidos com o tratamento estatístico dos dados recolhidos, não serão apresentadas todas as tabelas, apenas as que julgamos mais pertinentes. De qualquer forma, as que não forem apresentadas aqui ficarão em anexo e esta situação será identificada caso a caso.

A análise dos resultados será feita no ponto seguinte, neste ponto apenas serão feitos breves comentários aos resultados.

A apresentação obedecerá a uma lógica de estrutura, que se relaciona com os objectivos do trabalho, esquematizando-se da seguinte forma:

- Caracterização do universo de trabalho.
- Avaliação das várias dimensões.
- Cálculo de Intervalos de Confiança (identificar factores de influência).
- Verificação das hipóteses formuladas (identificar similaridades e diferenças nas avaliações).

6.7.1 - Caracterização Do Universo De Trabalho.

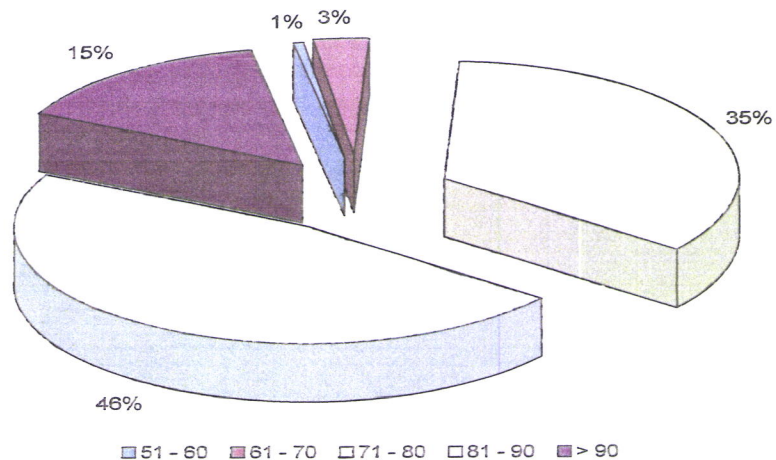
Vamos observar as características dos respondentes, resultado conseguido à custa da primeira parte do questionário - CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE.

Quadro 11 - Caracterização dos sujeitos.

SECÇÃO	Nº ITENS	Nº DA QUESTÃO	CONTEÚDO
Caracterização dos sujeitos	10	1-10	Idade, sexo, relação do utentes com a instituição, local de alojamento, situação familiar, grau de ensino, duas questões dicotómicas (7 e 8), rendimento médio mensal e quem vai preencher o questionário.

A questão “3 - RELAÇÃO”, não será analisada uma vez que esta análise deixou de ser pertinente a partir do momento em que se definiu como universo de trabalho os utentes residentes, neste caso, todos os sujeitos são obrigatoriamente (pelos critérios de admissão à instituição) ASSOCIADOS ou ASSOCIADO E UTENTE, o que se comprova nas respostas.

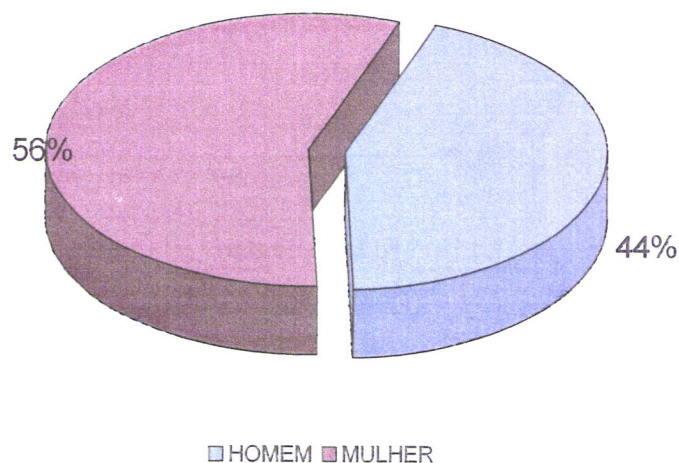
GRÁFICO 1 - Idade.



Como facilmente se observa, a população do estudo é uma população muito idosa, com 96% dos sujeitos a terem mais de 71 anos de idade, com a representação mais significativa na classe dos 81 aos 90 anos de idade, sendo a terceira mais significativa os sujeitos com idade superior a 90 anos de idade.

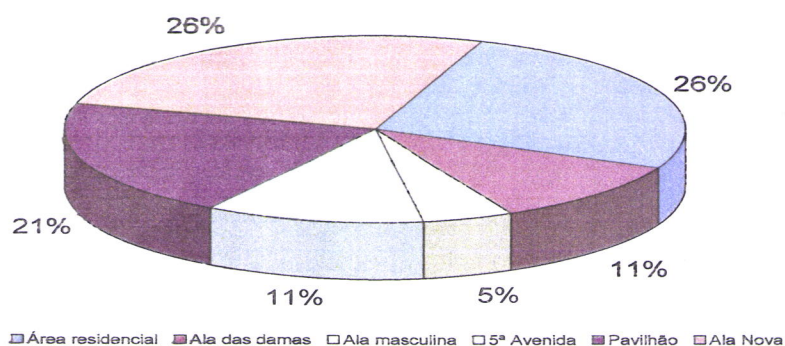
Para efeito de análises de inferência posteriores, as duas classes etárias inferiores serão agrupadas numa só, devido a serem de reduzida dimensão, ficando então 4 classes etárias: 51-70; 71-80; 81- 90;> 90.

GRÁFICO 2 - Sexo.



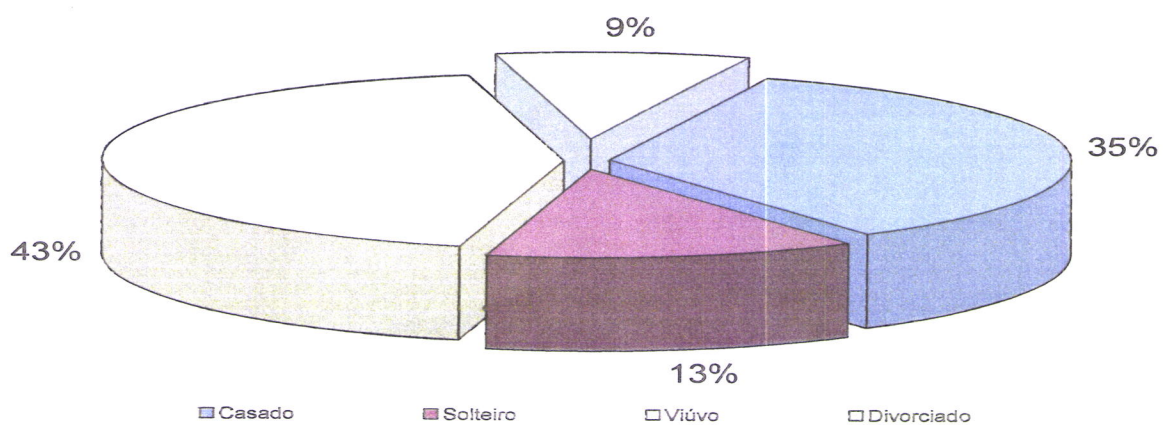
Existe uma distribuição quase equitativa da população em estudo em função do seu sexo, no entanto, um pouco mais de metade é do sexo feminino.

GRÁFICO 3: Local de Alojamento.



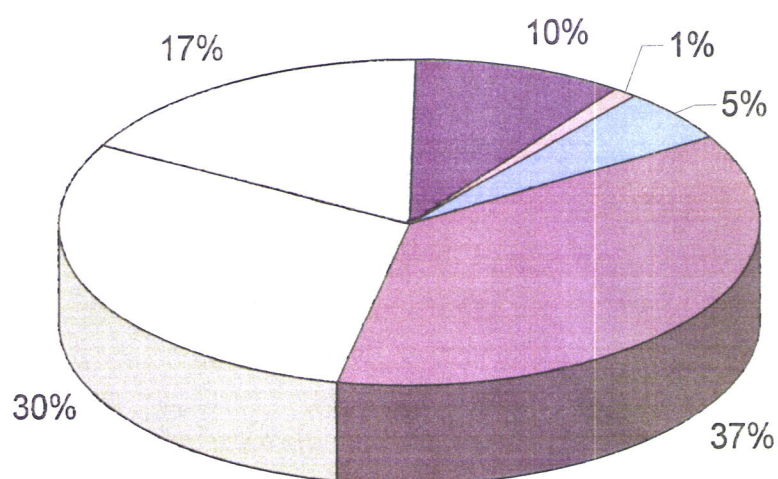
Os sectores de alojamento com maior representatividade no estudo são a “ala residencial” e a “ala nova”, logo seguidos do “pavilhão”. Com menor representatividade está o sector de alojamento “ala masculina”.

GRÁFICO 4: Situação familiar.



Facilmente se percebe que a situação familiar mais comum é viúvo ou casado, sendo cerca de 22% da população solteiro ou divorciado. Da análise destes dados, também conseguimos perceber que quase dois terços da população (65%) em estudo não têm um companheiro de vida (viúvo, solteiro ou divorciado).

GRÁFICO 5 - Grau de ensino



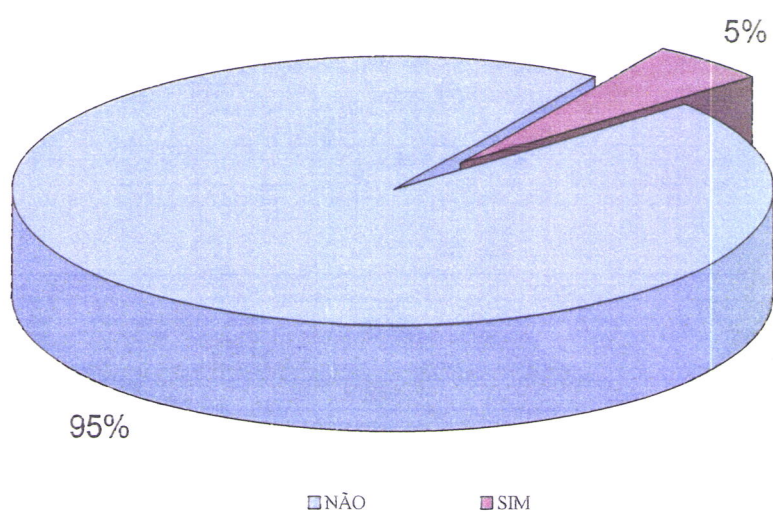
■ Não sabe ler nem escrever ■ Sabe ler e escrever □ Ensino básico □ Ensino secundário ■ Ensino médio ■ Ensino superior

Podemos afirmar que se trata de uma população com um reduzido grau de ensino escolar, apenas 1% tem ensino superior e 10% com ensino secundário (médio), existindo mesmo 5% de população analfabeta. A esmagadora maioria dos sujeitos responde ter feito a escola primária (ensino básico) e saber ler e escrever.

Para efeito de análises de inferência posteriores, as três classes de “grau de ensino” superiores serão agrupadas numa só, devido a terem reduzida dimensão, como se mostra de seguida:

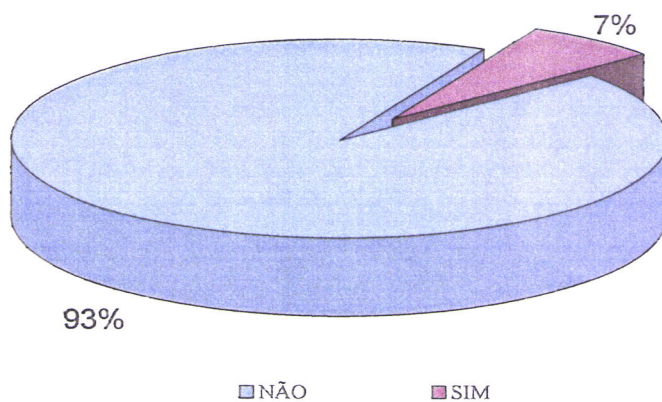
CLASSES DO GRAU DE ENSINO	Frequência	Percentagem
• Não sabe ler nem escrever	9	5.4
• Sabe ler e escrever	62	36.9
• Ensino básico	50	29.8
• Ensino secundário, médio ou superior	47	28.0
Total	168	100.0

GRÁFICO 6 - É ou foi funcionário desta instituição?



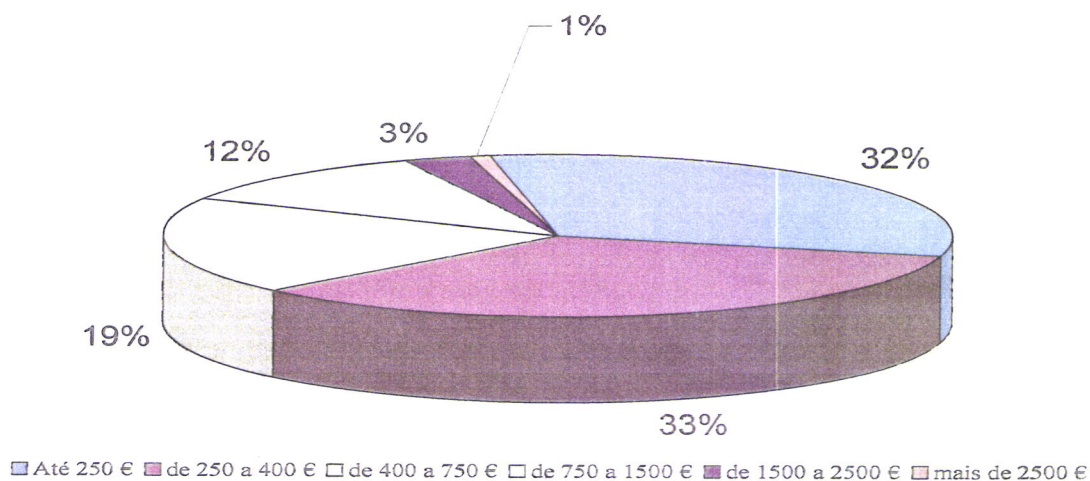
A maior parte dos sujeitos da amostra não foi funcionário da instituição.

GRÁFICO 7 - Alguém da sua família é ou foi funcionário desta instituição?



Grande semelhança nas respostas dos inqueridos com a questão anterior, indicando que apenas uma reduzida percentagem tem alguém na família que é ou foi funcionário da instituição.

GRÁFICO 8 - Rendimento médio mensal.

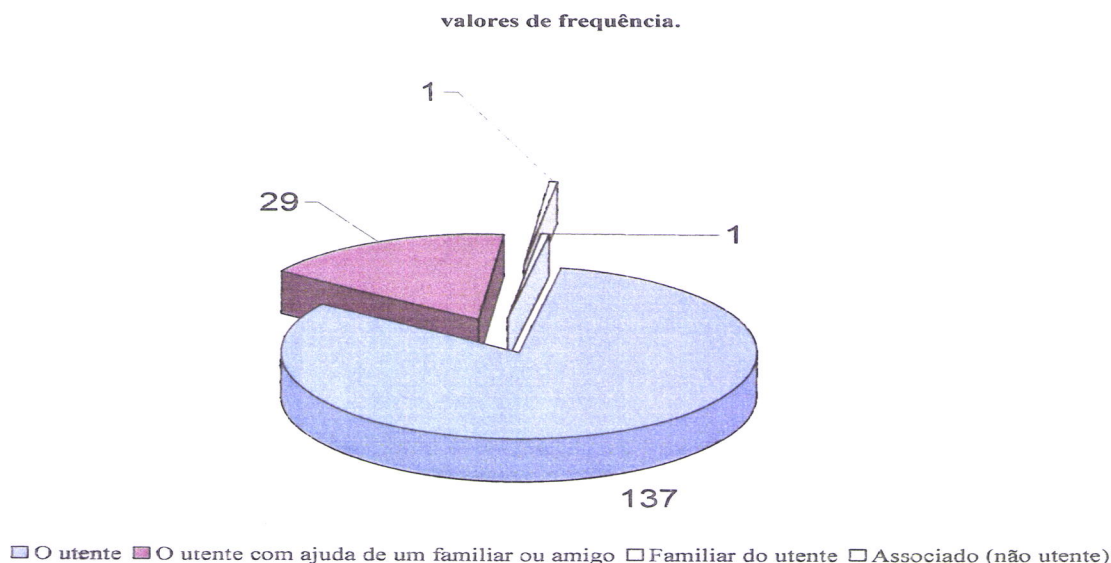


Podemos considerar, tratar-se de uma população com reduzida capacidade económica uma vez que, quase dois terços da amostra têm um rendimento médio mensal inferior a 400 €, sendo as duas classes mais frequentes “até 250 €” e “de 250 a 400 €”. Apenas 16% dos inquiridos referem auferir mais de 750€ por mês. De notar ainda, que 17, 8% do universo de trabalho preferiu não responder, tendo em consideração factores de ordem psicossocial, acreditamos que esta percentagem apenas viria a engordar as classes mais baixas.

Para efeito de análises de inferência posteriores, as três classes de rendimento superiores serão agrupadas numa só, devido a terem reduzida dimensão, como se mostra de seguida:

CLASSES DE RENDIMENTO	Frequência	Percentagem
• < 250	44	31.7
• 250 - 400	47	33.8
• 400 - 750	27	19.4
• > 750	21	15.1
Total	139	100.0

GRÁFICO 9 - Quem vai preencher este questionário?



Observa-se que, a maior parte dos questionários obtidos foram preenchidos pelo próprio utente ou pelo utente com ajuda.

6.7.2 - Avaliação Das Dimensões.

Antes de mais, recordar que todos os valores indicados reportam-se à escala de medida:

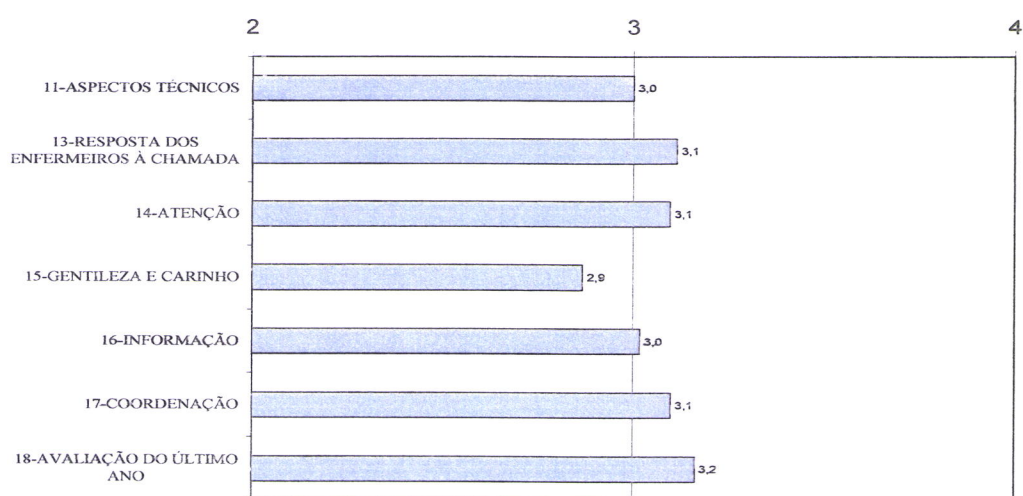
1. EXCELENTE
2. MUITO BOM
3. BOM
4. SATISFAZ
5. NÃO SATISFAZ

A avaliação das respectivas dimensões foi construída a partir do cálculo da média dos itens que as integram. Por exemplo, para a dimensão - avaliação do pessoal de enfermagem, calculou-se a média das respostas às questões 11 e 13 a 18, procedeu-se da mesma forma para as restantes escalas.

Apenas se apresentam as ilustrações gráficas, as tabelas de frequências absolutas e de estatísticas ficam disponíveis em anexo.

DIMENSÃO: Avaliação do Pessoal de Enfermagem

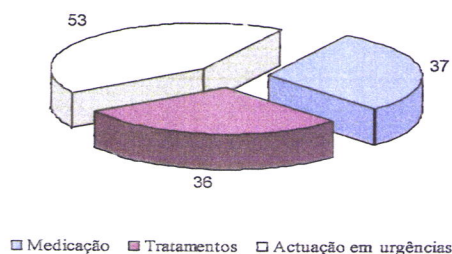
GRÁFICO 10 - Valores médios observados para os vários itens da dimensão “Avaliação do Pessoal de Enfermagem”.



Todos os itens são avaliados, em média, muito perto do valor intermédio da escala, ou seja, a população em estudo avalia o pessoal de enfermagem em “Bom”.

Relativamente à questão 12-Em caso de avaliação SATISFAZ ou NÃO SATISFAZ (na questão 11) indique as áreas que necessitam ser melhoradas, obteve-se o seguinte resultado:

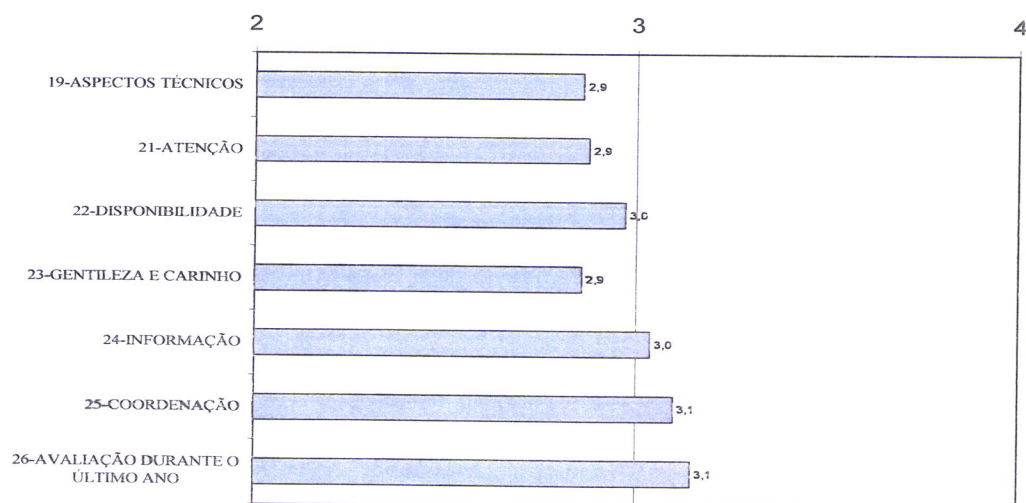
GRÁFICO 11 - Frequência absoluta das respostas à questão 12.



Na questão 11, existem 48 respostas Satisfaz ou Não Satisfaz. O n.º de respostas assinaladas em 12 ultrapassa este valor. As opções da questão 12 são assinaladas também por utentes que assinalaram outra categoria na questão 11. Sendo a “actuação em urgências” claramente a opção de resposta mais assinalada.

DIMENSÃO: Avaliação do Pessoal Médico.

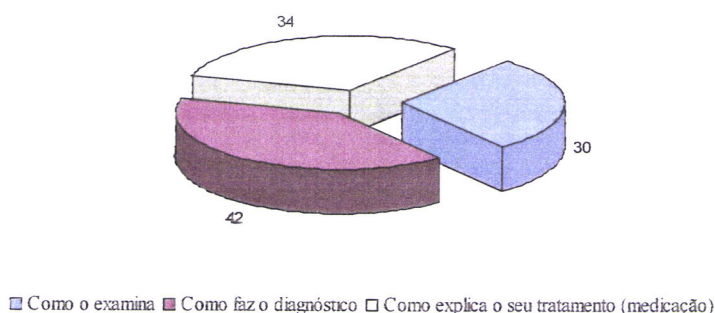
GRÁFICO 12 - Valores médios observados para os vários itens da dimensão “Avaliação do Pessoal Médico”.



Todos os itens são avaliados, em média, muito perto do valor intermédio da escala, ou seja a população em estudo avalia o pessoal médico em “Bom”.

Relativamente à questão 20- Em caso de avaliação SATISFAZ ou NÃO SATISFAZ (na questão 19) indique as áreas que necessitam ser melhoradas obteve-se o seguinte resultado:

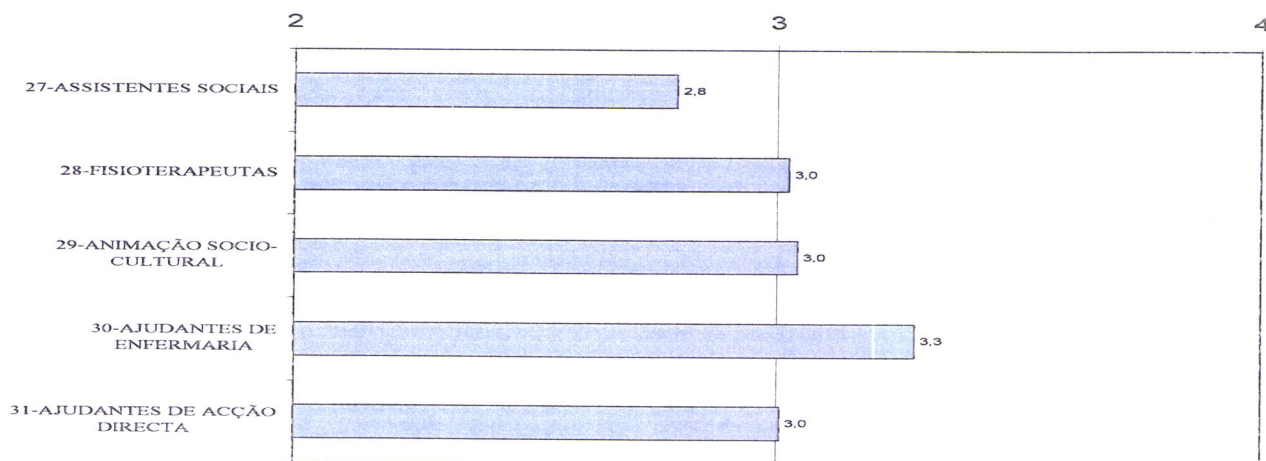
GRÁFICO 13 - Frequência absoluta das respostas à questão 20.



Na questão 19, existem 45 respostas SATISFAZ ou NÃO SATISFAZ. As opções da questão 20 são assinaladas também por utentes que assinalaram outra categoria na questão 19. A opção “Como faz o diagnóstico” é a resposta mais assinalada.

DIMENSÃO: Avaliação de Outro Pessoal.

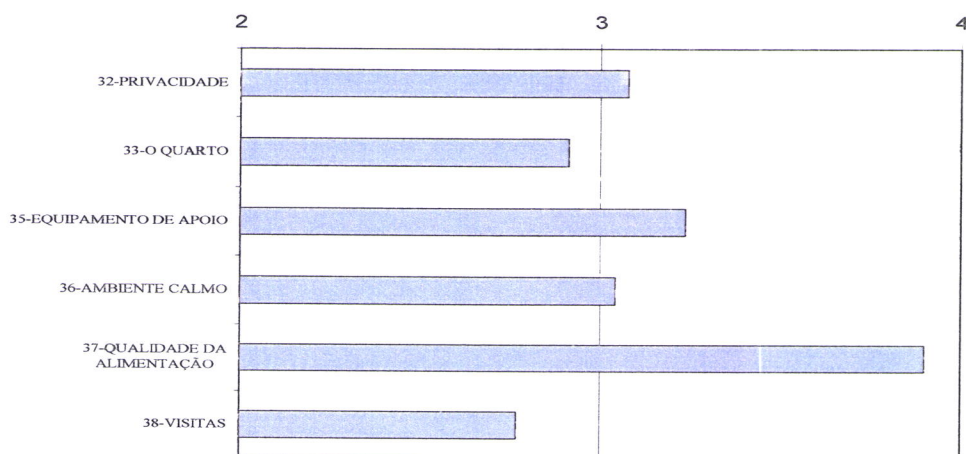
GRÁFICO 14 - Valores médios observados para os vários itens da dimensão “Avaliação de Outro Pessoal”



Todos os itens são avaliados, em média, muito perto do valor intermédio da escala (3-Bom), sendo os valores superiores para os ajudantes de enfermaria e inferiores para os assistentes sociais, logo a avaliação dos assistentes sociais é melhor e a avaliação dos “ajudantes de enfermaria” é pior.

DIMENSÃO: Condições de Alojamento.

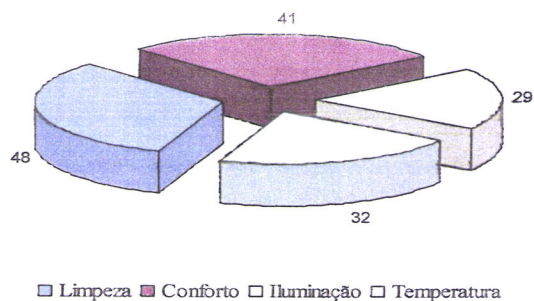
GRÁFICO 15 - Valores médios observados para os vários itens da dimensão “Condições de Alojamento”.



Existe um registo médio de avaliação no ponto intermédio da escala - BOM. Destaca-se pela negativa registo médio de avaliação do item “qualidade da alimentação”.

Relativamente à questão 34 -“ indique as áreas Limpeza, conforto, iluminação e temperatura” que gostaria de ver melhoradas, obteve-se os seguintes resultados:

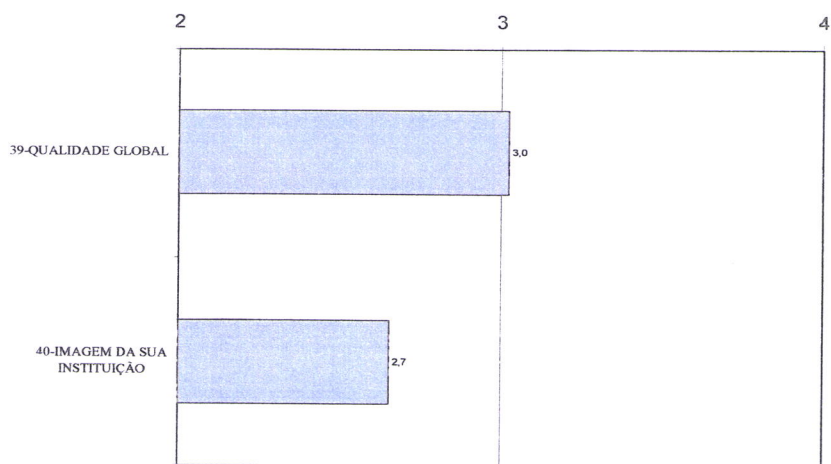
GRÁFICO 16 - Frequência absoluta da resposta à questão 34.



A opção “Limpeza” é a opção de resposta mais assinalada, sendo a iluminação logo seguida da temperatura, menos assinaladas.

DIMENSÃO: Opinião Geral.

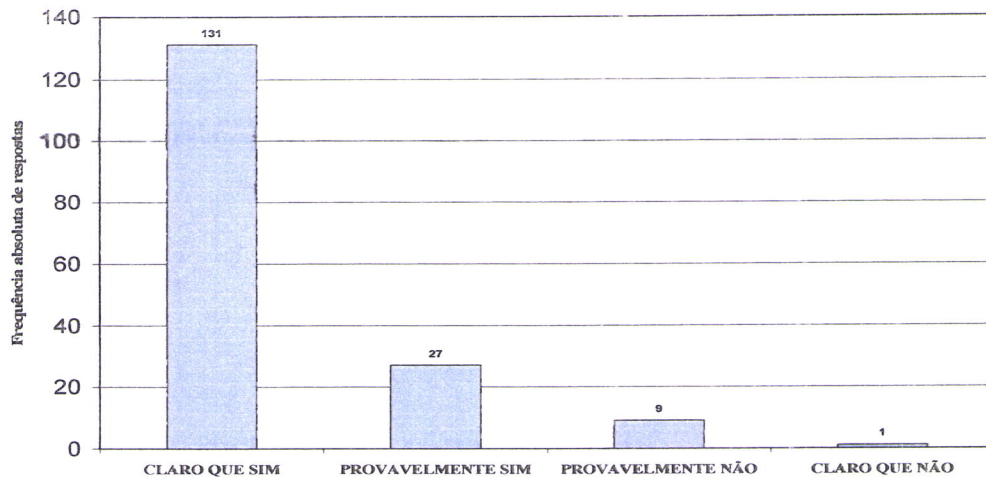
GRÁFICO 17 - Valores médios observados para dois dos itens da dimensão “opinião geral”.



1. EXCELENTE
2. MUITO BOM
3. BOM
4. SATISFAZ
5. NÃO SATISFAZ

A qualidade global é avaliada, em média, perto do valor intermédio da escala (3-Bom), a imagem da instituição é mais bem avaliada, entre MUITO BOM e BOM, em média.

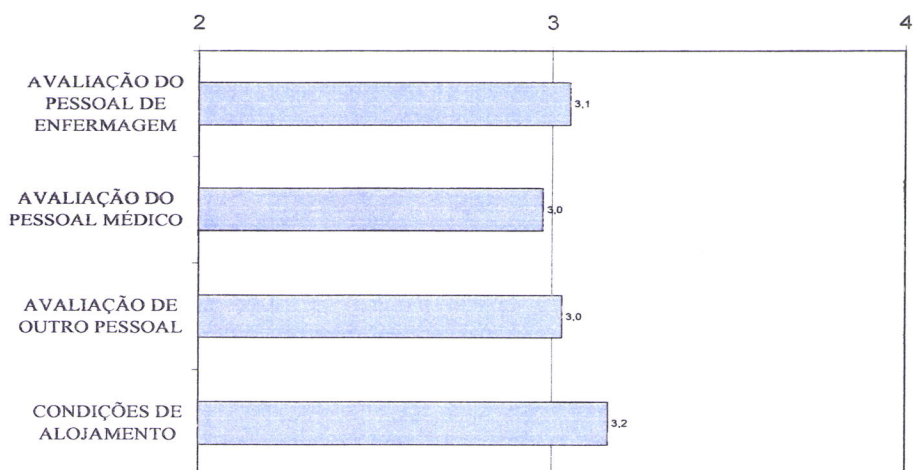
GRÁFICO 18 - Recomenda esta Instituição a um familiar ou amigo?



A grande maioria das respostas é “claro que sim”. De notar que 21,3% (36) dos inquiridos, não está certo na recomendação ou não recomenda mesmo a sua instituição.

Para uma visualização integral do valor médio das quatro dimensões estudadas para avaliação dos cuidados apresenta-se as estatísticas e grafismo referente a esta análise.

GRÁFICO 19 - Distribuição dos valores médios das 4 dimensões de avaliação dos cuidados.



Recorda-se que os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1. EXCELENTE
2. MUITO BOM
3. BOM
4. SATISFAZ
5. NÃO SATISFAZ

Todas as escalas são avaliadas, em média, muito perto do valor intermédio da escala - BOM - sendo os valores superiores para as condições de alojamento e inferiores para a avaliação do pessoal médico, logo a avaliação do pessoal médico é melhor e a avaliação das condições de alojamento é pior.

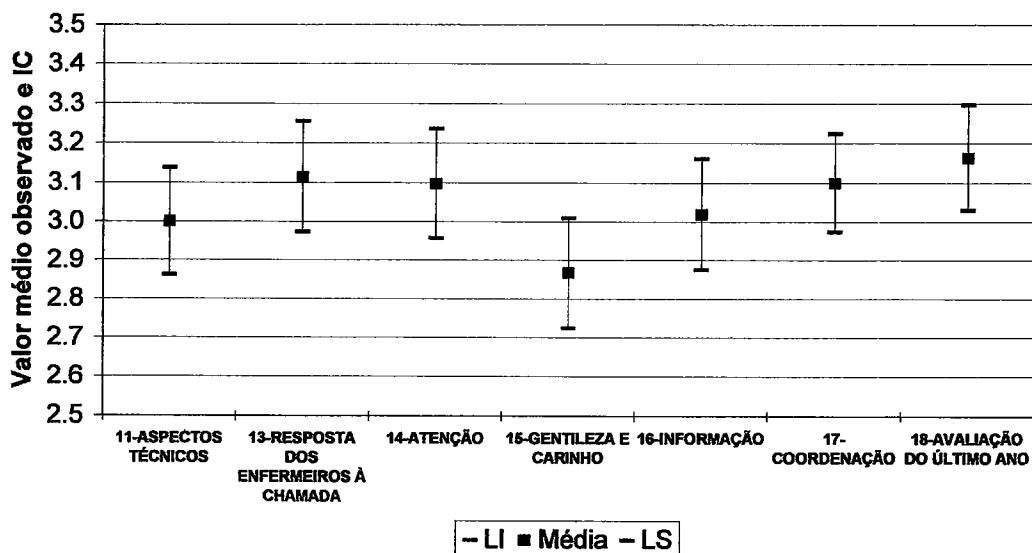
6.7.3 - Factores De Influência Na Avaliação Da Qualidade Dos Cuidados.

Conforme explicado em “6.6”, esta análise foi feita com base no cálculo de intervalos de confiança, de seguida apresentam-se as ilustrações gráficas dos resultados obtidos, ficando as tabelas disponíveis em anexo (ANEXO VI).

Um exemplo de análise:

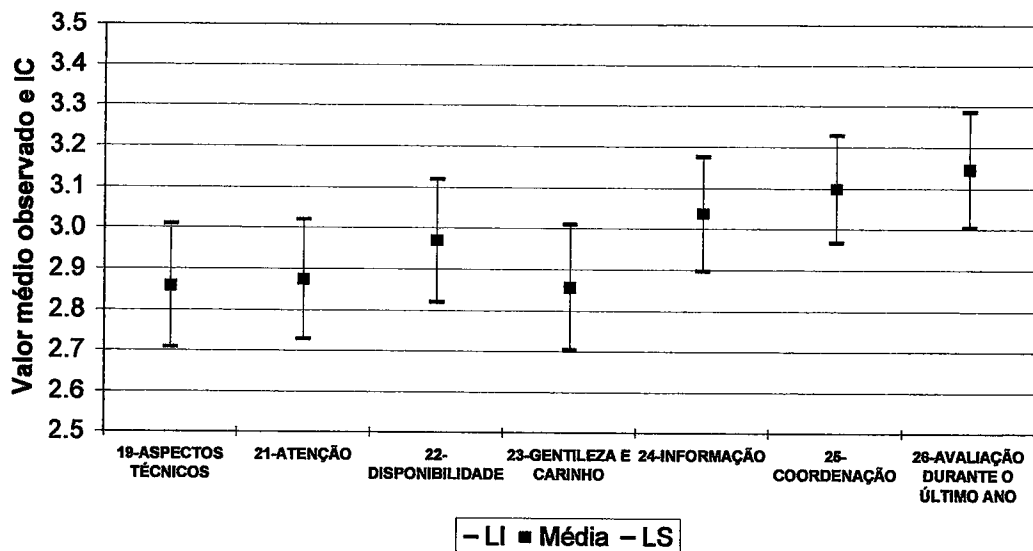
Comparando as duas questões, o IC a 95% para a 11 é [2,86 ; 3,14] e o IC a 95% para a 13 é [2,97 ; 3,25], logo existe sobreposição, não se pode concluir que a avaliação das duas questões feita pelos respondentes seja diferente. Para análise dos factores que influenciam a avaliação dos cuidados, não se irá considerar o item “avaliação do último ano”, uma vez que ele não representa um factor. Ilustram-se graficamente estas diferenças.

GRÁFICO 20 - Intervalos de Confiança na dimensão: Avaliação do Pessoal de Enfermagem.



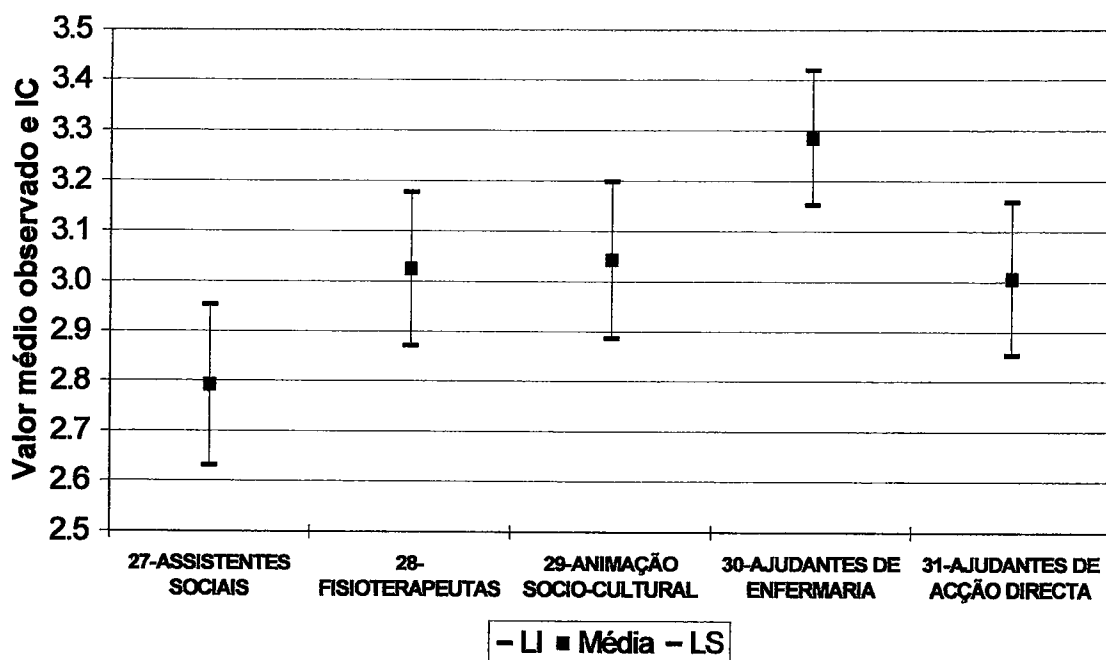
Apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as questões 15 e 13. A “gentileza e carinho” apresenta uma avaliação significativamente melhor do que “a resposta dos enfermeiros à chamada”.

GRÁFICO 21 - Intervalos de Confiança na dimensão: Avaliação do Pessoal Médico.



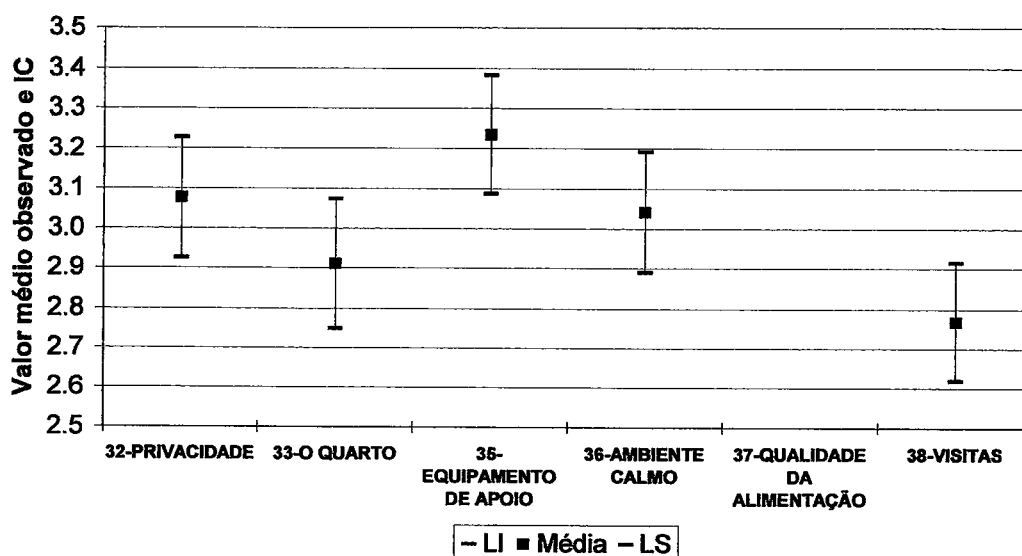
Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre nenhuma das questões analisadas. No entanto, percebe-se que a “ coordenação” e a “gentileza e carinho” parecem ter um papel preponderante na avaliação dos utentes.

GRÁFICO 22 - Intervalos de Confiança na dimensão: Avaliação de Outro Pessoal.



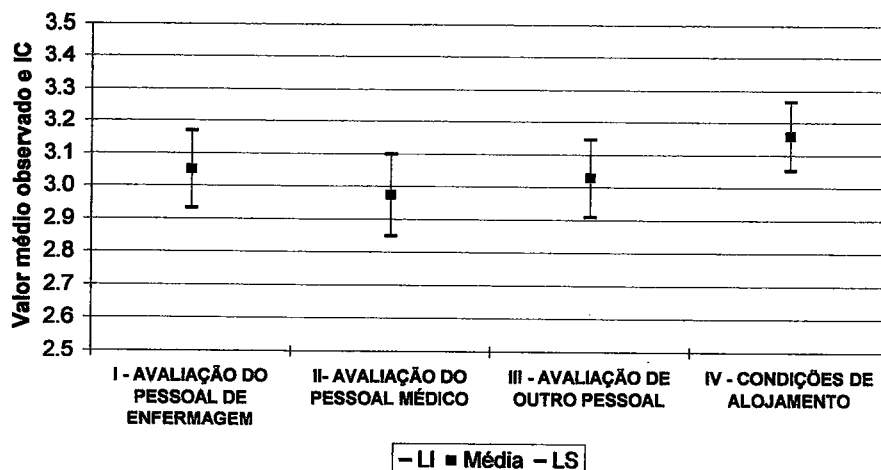
Apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as questões 27 e 30. O que nos indica o peso destes profissionais (Assistentes Sociais e Ajudantes de enfermaria) na avaliação dos utentes.

GRÁFICO 23 - Intervalos de Confiança na dimensão: Condições de Alojamento.



Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as questões 33, 35 e 38, comprovando estatisticamente que o “quarto”, “o equipamento de apoio” e as “visitas” representam um relevante factor de avaliação dos utentes aos cuidados.

GRÁFICO 24 - Comparação dos “Intervalos de Confiança” nas 4 dimensões de avaliação dos cuidados.



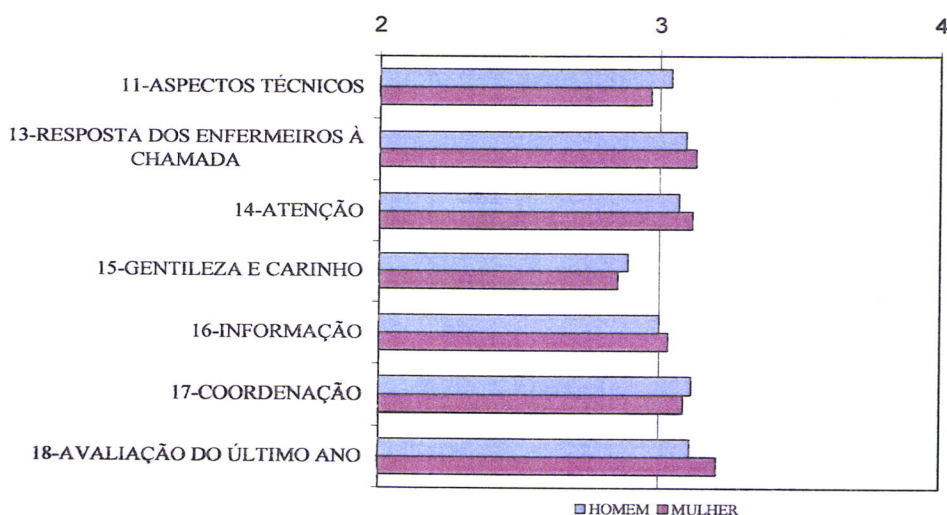
Globalmente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as quatro dimensões avaliadas, ou seja, qualquer uma delas representa idêntico peso na avaliação dos utentes aos cuidados.

6.7.4 - Verificação Das Hipóteses Formuladas.

Através da análise estatística iremos verificar as hipóteses formuladas, mais uma vez se adverte que neste ponto apenas se apresenta a representação gráfica dos resultados, sendo apresentado em anexo as tabelas que lhes dão origem (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.1} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o sexo dos utentes.

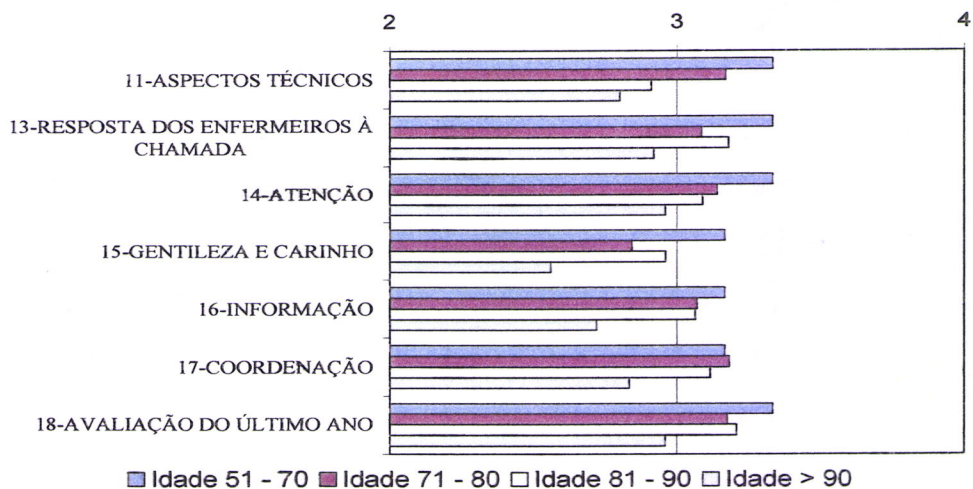
GRÁFICO 25 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do género dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões apresentam algumas variações com o sexo, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.2}- Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a idade dos utentes.

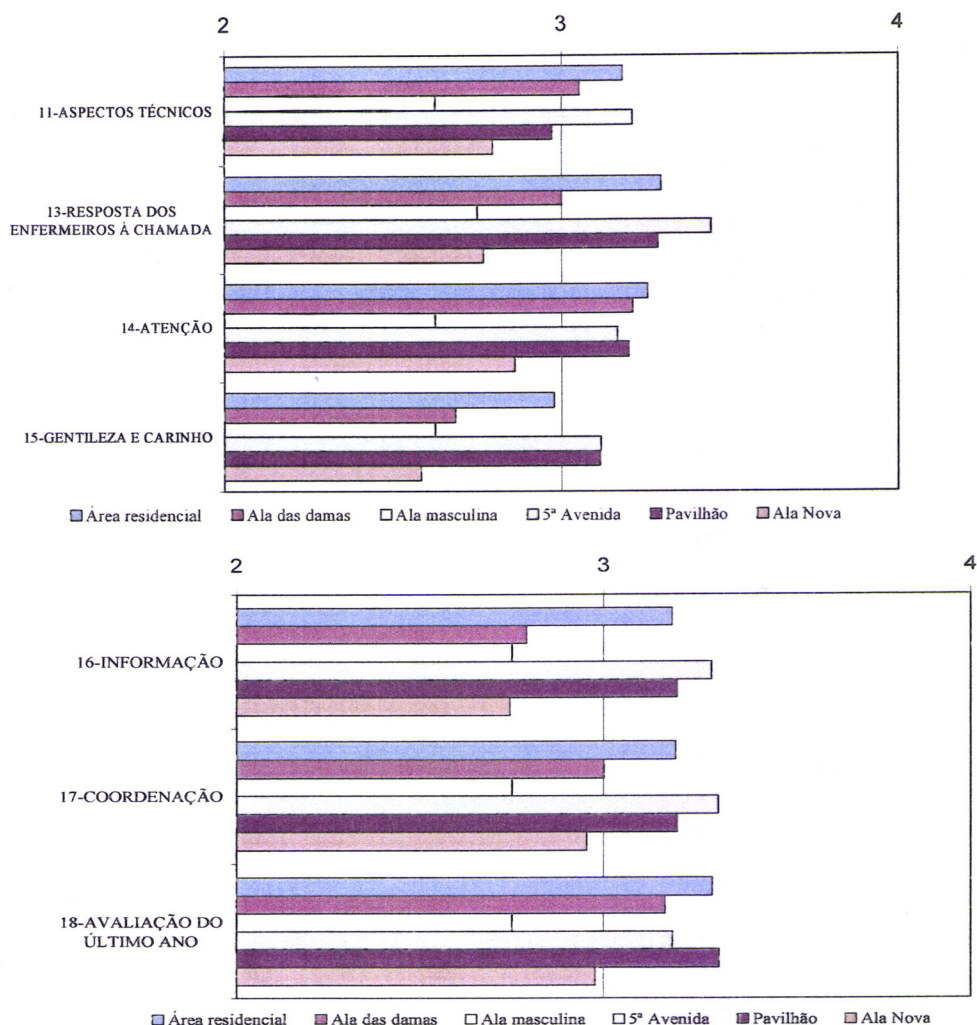
GRÁFICO 26 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função da idade dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões diminuem com o aumento da idade, ou seja, a um aumento da idade corresponde uma avaliação de forma mais positiva de todos os itens, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.3} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o local de alojamento dos utentes.

GRÁFICO 27 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do local de alojamento dos utentes.

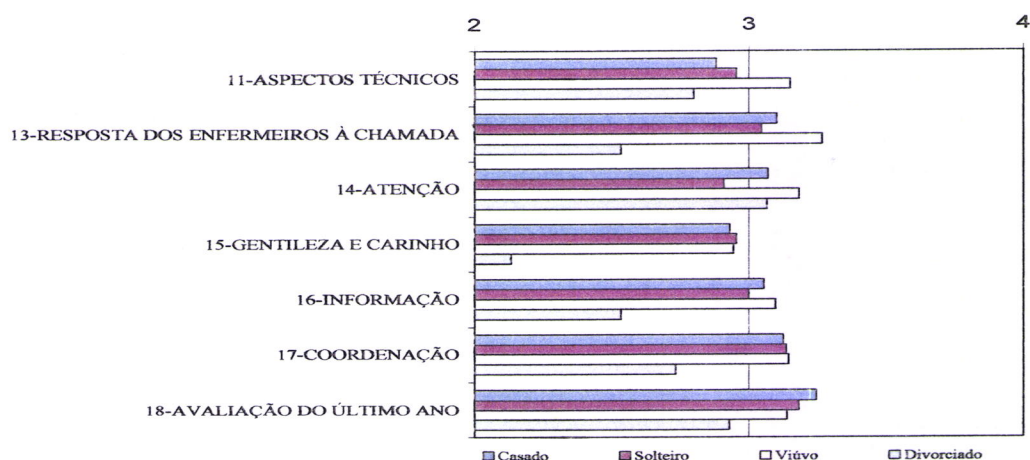


Na amostra, os valores médios observados para todas as questões são, geralmente, superiores para a área residencial, 5ª avenida e pavilhão, logo estes avaliam de forma menos positiva os itens.

Os mesmos valores médios são, geralmente, inferiores para a ala masculina e ala nova, logo estes avaliam de forma mais positiva os itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, excepto para a resposta dos enfermeiros à chamada (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.4} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a situação familiar dos utentes.

GRÁFICO 28 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função da situação familiar dos utentes.

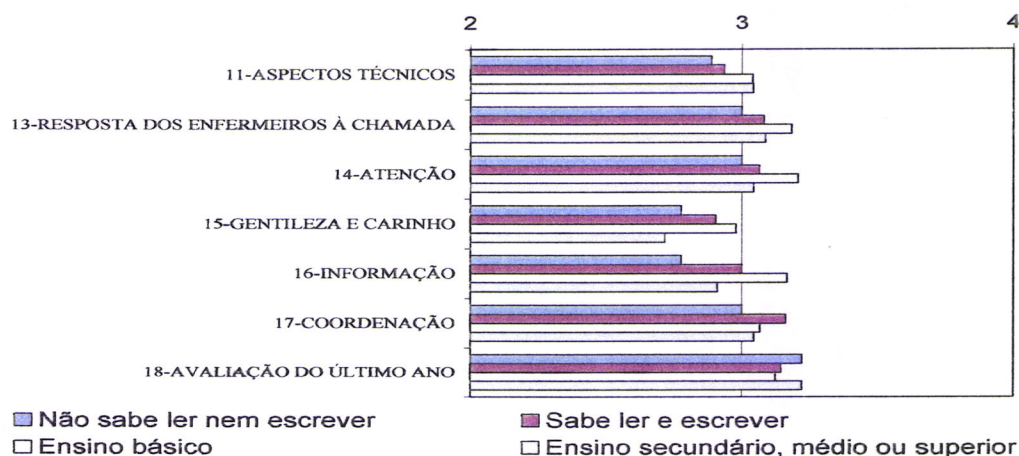


Na amostra, os valores médios observados para as questões 11, 14, 16, 17 e 18 são, geralmente, superiores para os viúvos, e também para os casados e solteiros (estes avaliam de forma menos positiva os itens); os mesmos valores médios são, geralmente, inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os itens); no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Os valores médios observados para as questões 13 e 15 são superiores para os viúvos, casados e solteiros (avaliam de forma menos positiva os itens); e inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os itens); sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.5} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e o grau de ensino dos utentes.

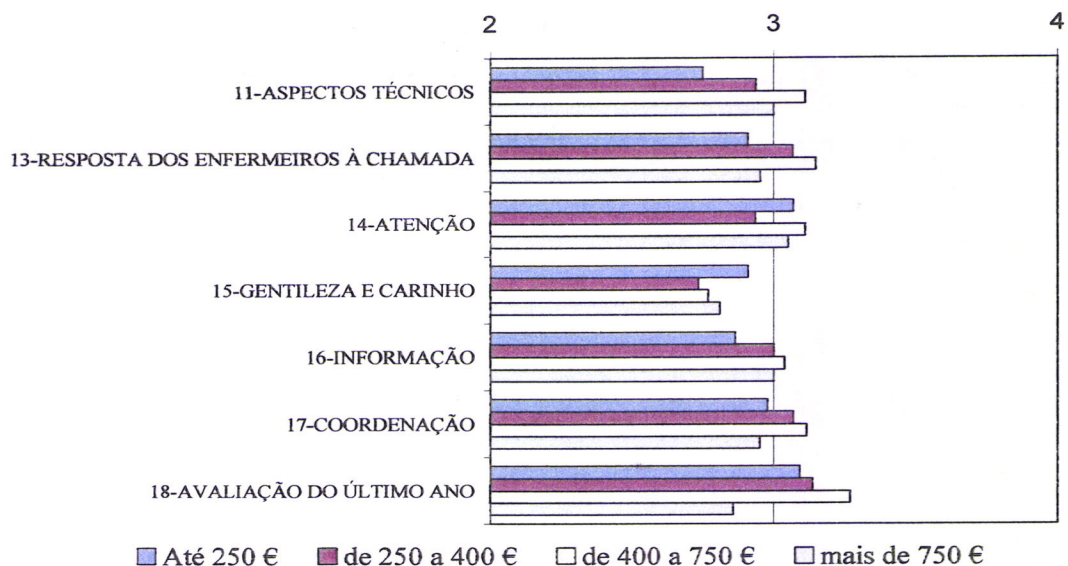
GRÁFICO 29 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do grau de ensino dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam uma tendência, não generalizada, de avaliação mais negativa com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; embora nalguns itens, o grau de ensino superior também apresente um valor médio inferior, a que corresponde uma avaliação mais positiva dos itens. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1,6} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal de enfermagem e a remuneração média mensal do utente.

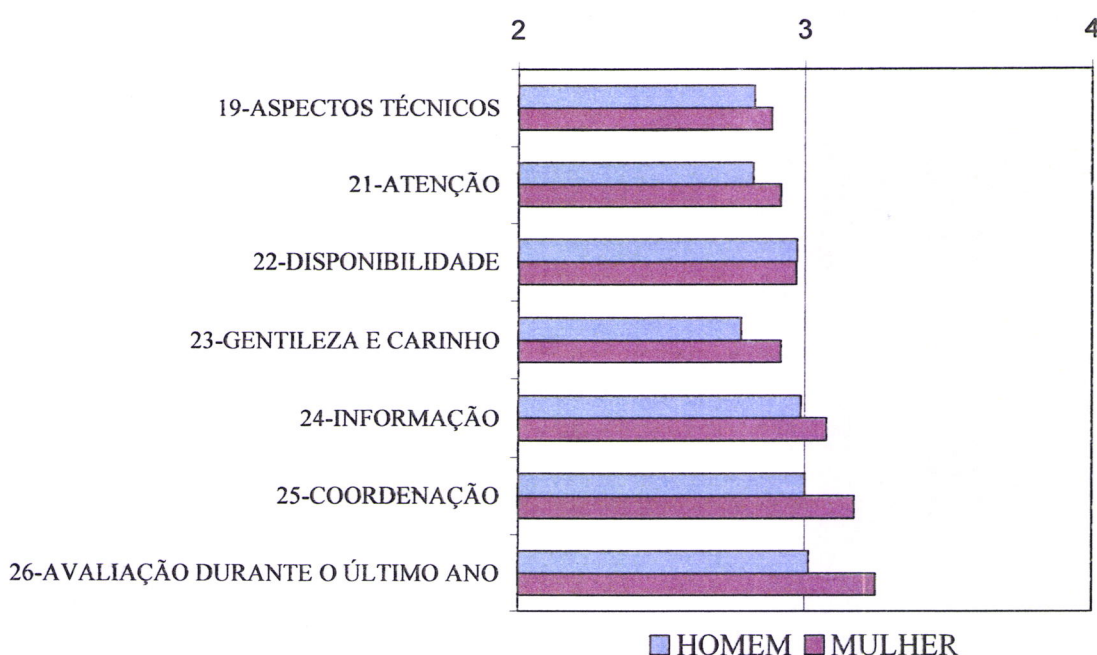
GRÁFICO 30 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem” em função do rendimento médio mensal dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam algumas variações com o rendimento médio mensal, com uma tendência não generalizada de aumento com o rendimento médio mensal, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.7} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o sexo dos utentes.

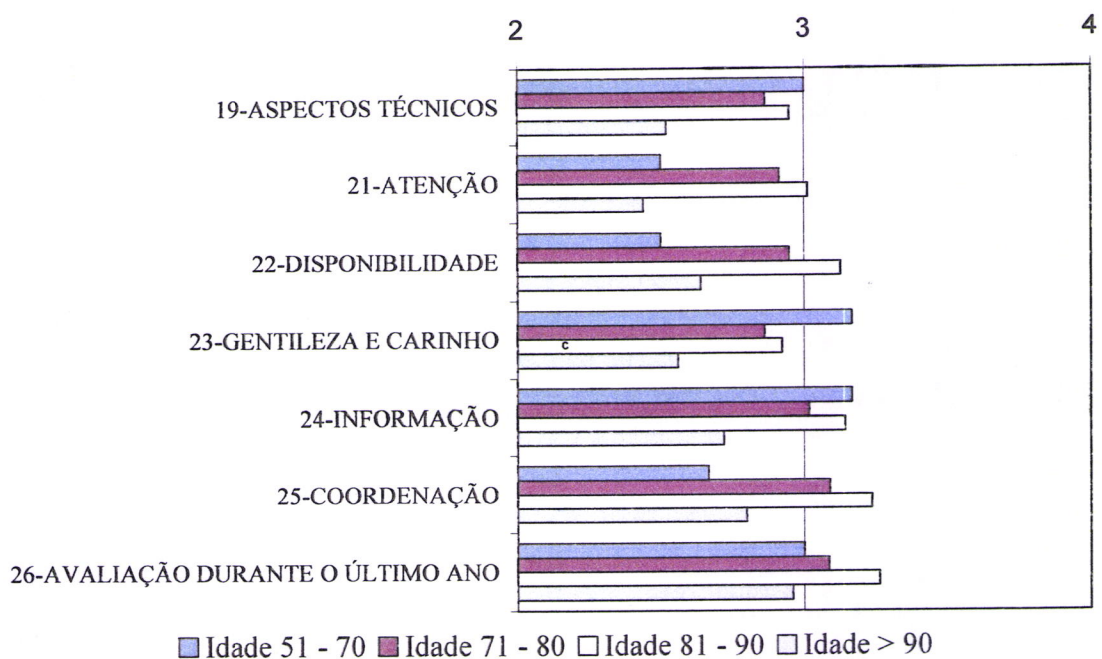
GRÁFICO 31 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do género dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões apresentam algumas variações com o sexo, sendo geralmente superiores para o sexo feminino, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva todos os itens, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.8} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e a idade dos utentes.

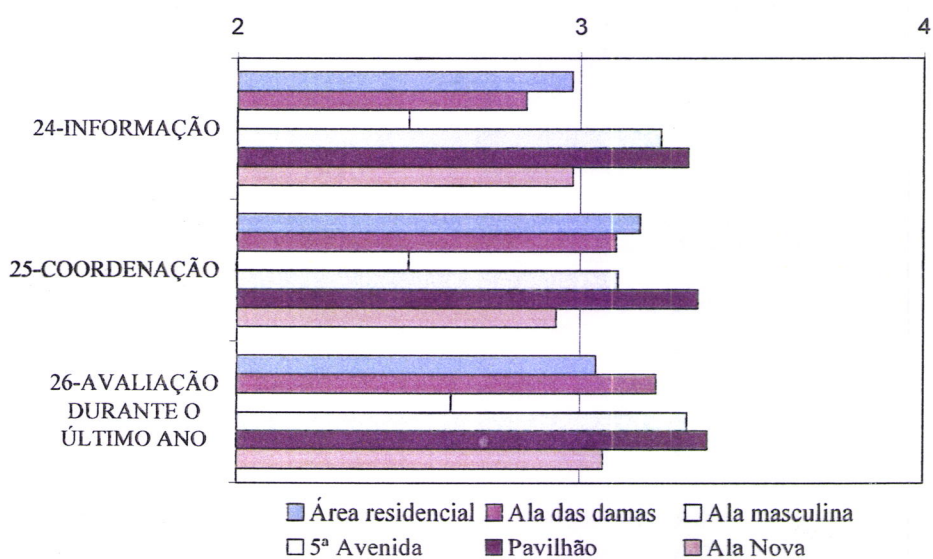
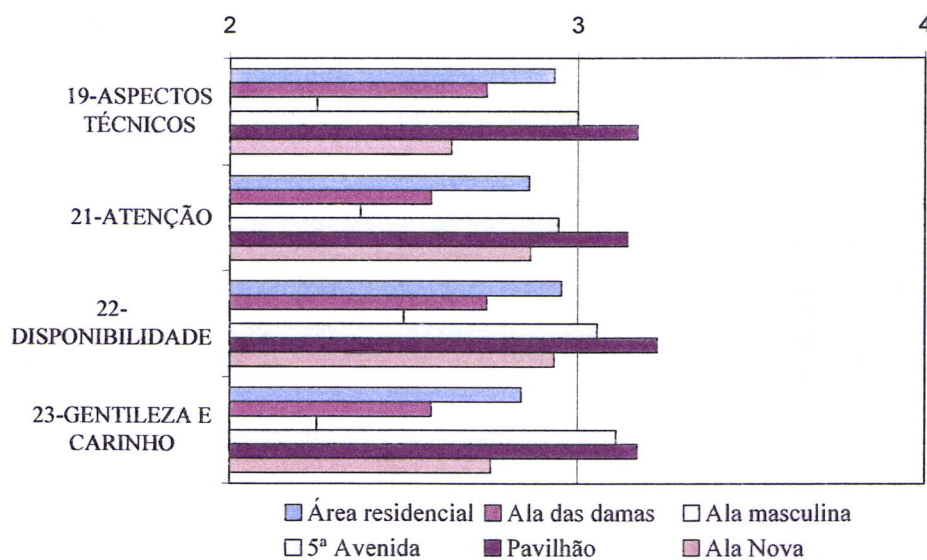
GRÁFICO 32 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função da idade dos utentes



Esta variável comporta-se de forma idêntica na dimensão “avaliação do pessoal de enfermagem”, ou seja, a um aumento da idade corresponde uma avaliação de forma mais positiva de todos os itens. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1,9} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o local de alojamento dos utentes.

GRÁFICO 33 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do local de alojamento dos utentes.

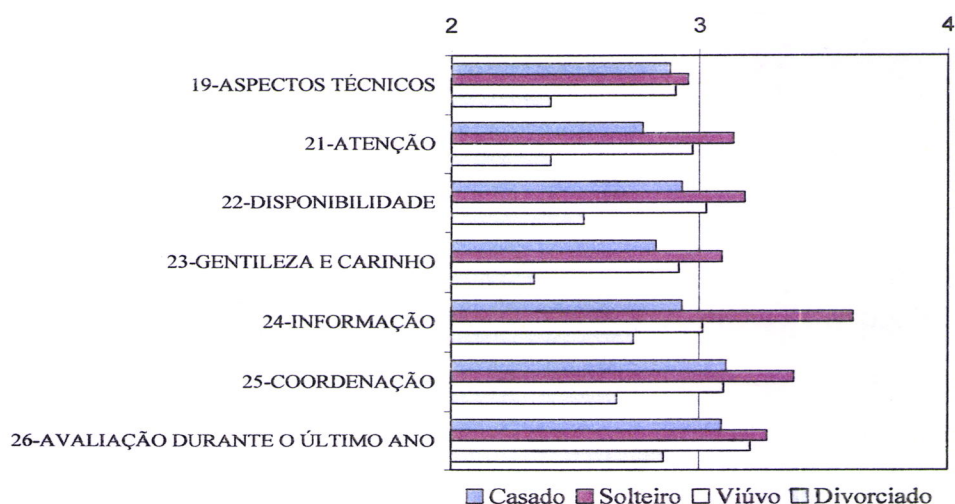


Na amostra, os valores médios observados para todas as questões são, geralmente, superiores para a área residencial, 5ª avenida e pavilhão, logo estes avaliam de forma menos positiva os itens. Os mesmos valores médios são inferiores para a ala masculina,

logo estes avaliam de forma mais positiva os itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H 1.10 - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e a situação familiar dos utentes.

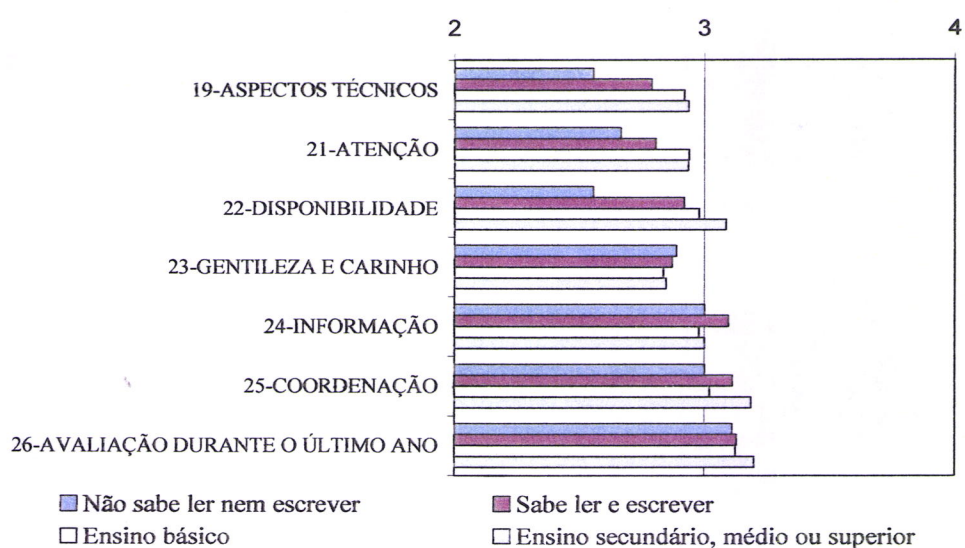
GRÁFICO 34 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função da situação familiar dos utentes



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões são, geralmente, superiores para os solteiros (avaliam de forma menos positiva os itens); seguidos pelos casados e viúvos; os mesmos valores médios são inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os itens); no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, excepto para a informação, em que as diferenças observadas são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.11} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o grau de ensino dos utentes.

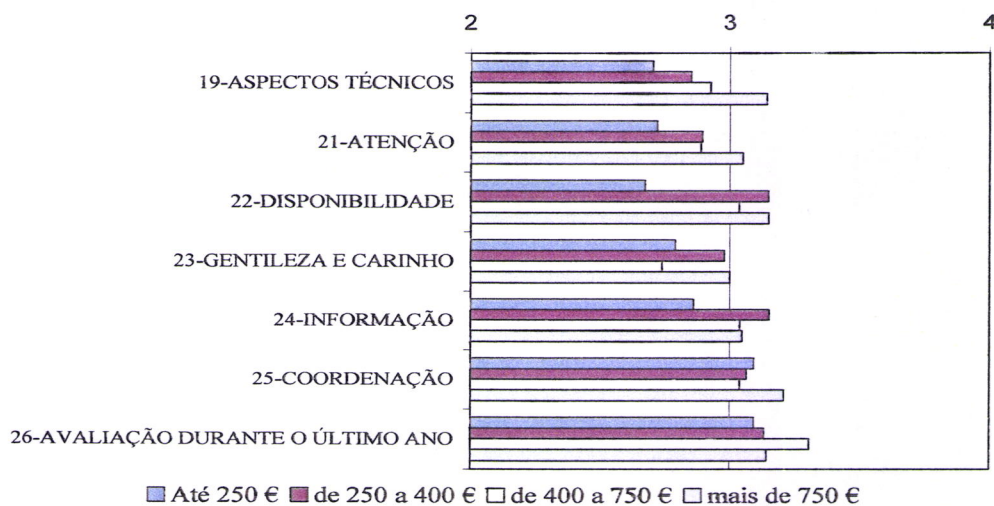
GRÁFICO 35 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do grau de ensino dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam uma tendência, não generalizada, de aumento com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.12}- Existe uma relação preditiva entre a avaliação do pessoal médico e o rendimento médio mensal do utente.

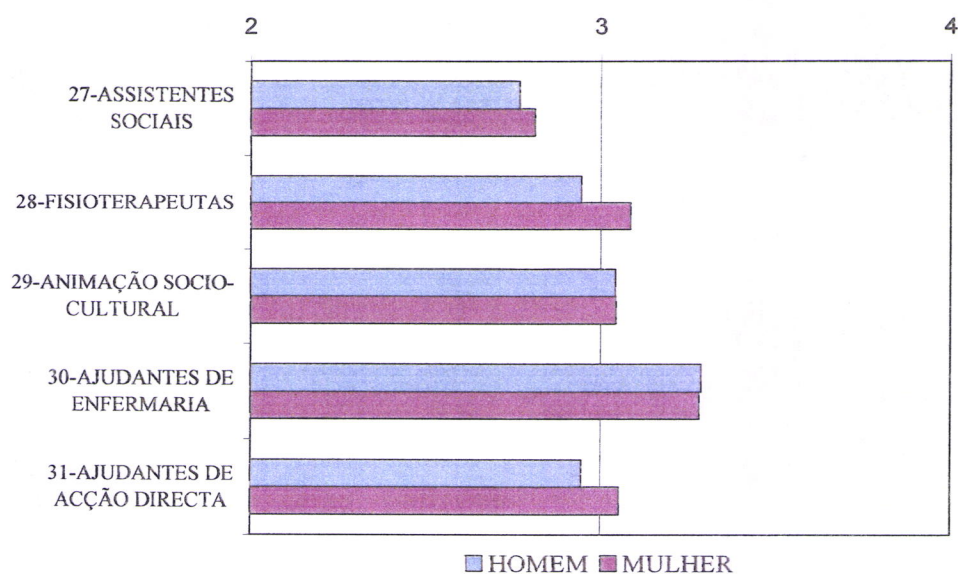
GRÁFICO 36- Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação do pessoal médico” em função do rendimento médio dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam algumas variações com o rendimento médio mensal, com uma tendência não generalizada de aumento com o rendimento médio mensal, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.13} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o sexo dos utentes.

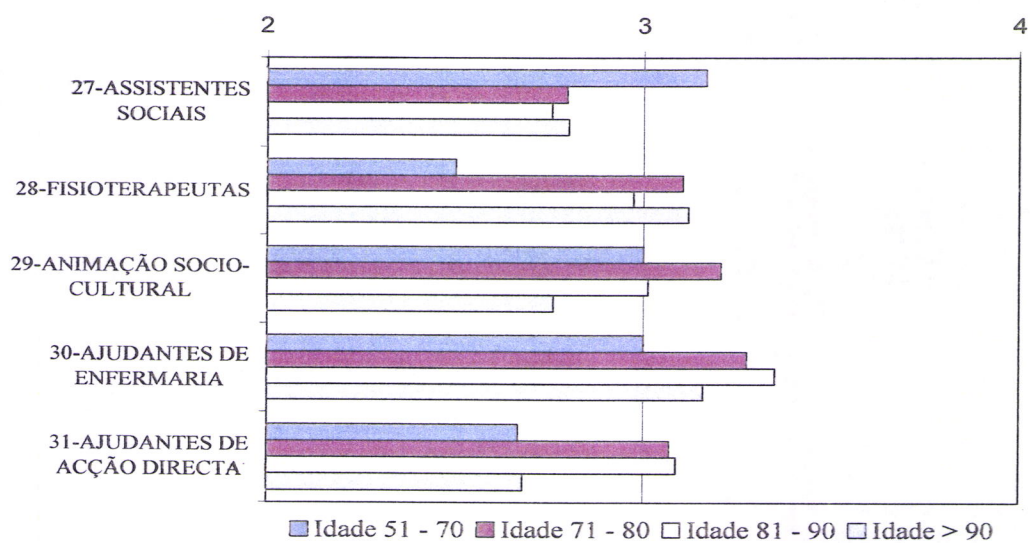
GRÁFICO 37 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do sexo dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões apresentam algumas variações com o sexo, sendo geralmente superiores para o sexo feminino, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva todos os itens, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.14} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e a idade dos utentes.

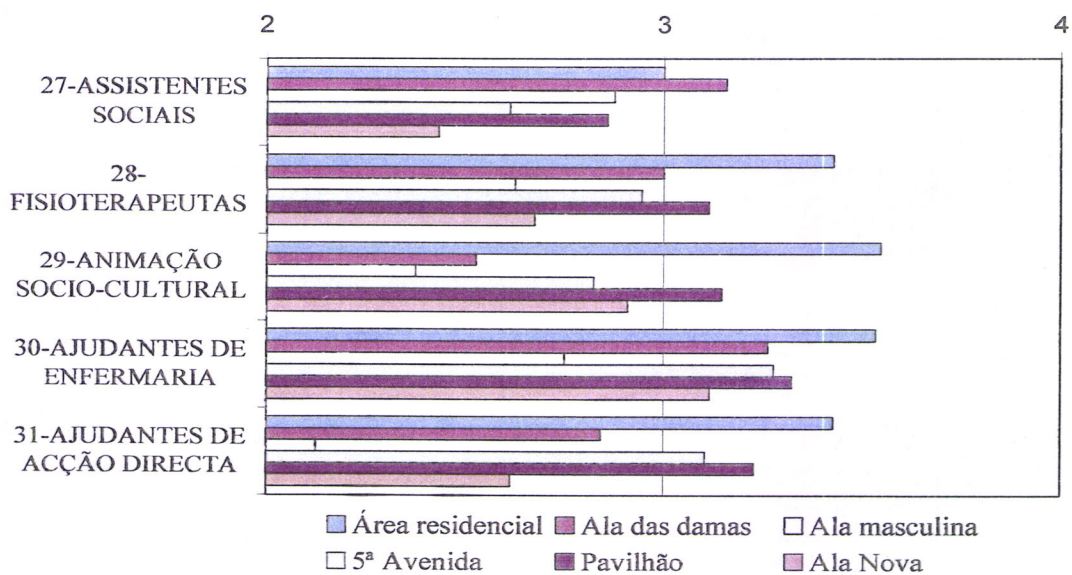
GRÁFICO 38 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função da idade dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para a questão 27 são superiores para a classe etária 51-70, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva este item; os valores médios para a questão 28 são inferiores para a classe etária 51-70, ou seja, estes avaliam de forma mais positiva este item; os valores médios para as questões 29, 30 e 31 são inferiores para as classes etárias extremas, ou seja, estes avaliam de forma mais positiva estes itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H 1.15- Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o local de alojamento dos utentes.

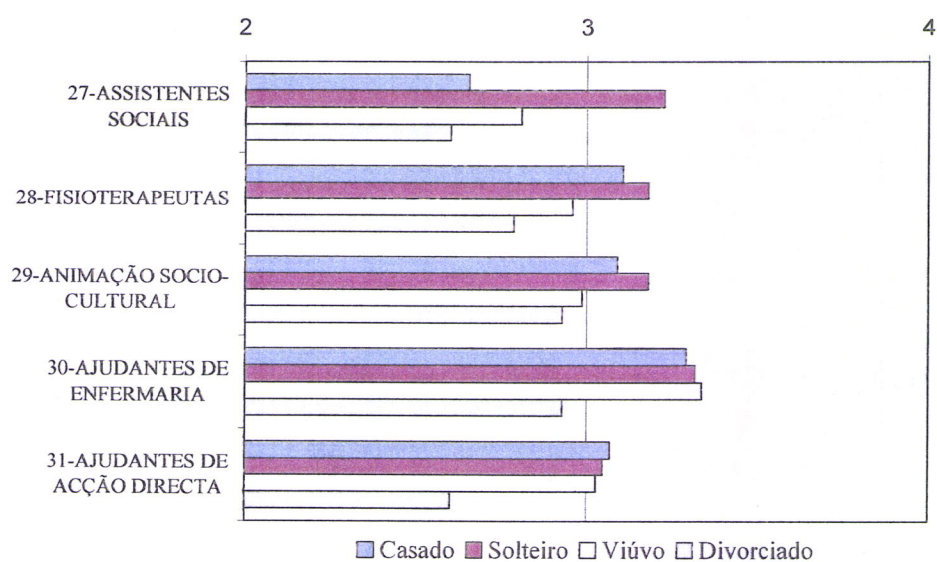
GRÁFICO 39 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do local de alojamento dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para a questão 27 são superiores para a ala das damas, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva este item e inferiores para a ala nova (avaliam de forma mais positiva este item); os valores médios para a questão 30 são superiores para a área residencial, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva este item e inferiores para a ala masculina (avaliam de forma mais positiva este item); no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para as questões 28, 29 e 31 são superiores para a área residencial, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva estes itens e inferiores para a ala masculina (avaliam de forma mais positiva este item); sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.16} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e a situação familiar dos utentes.

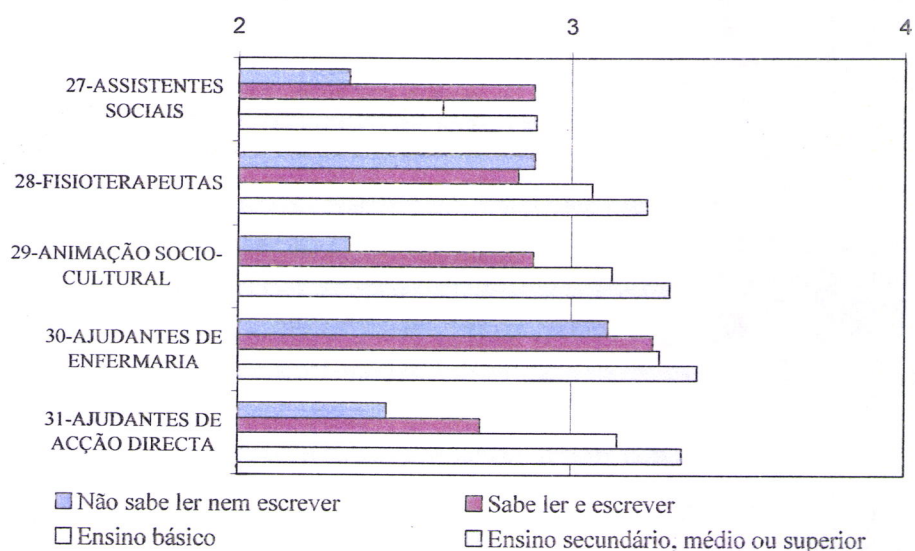
GRÁFICO 40 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função da situação familiar dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões são, geralmente, superiores para os solteiros (avaliam de forma menos positiva os itens); seguidos pelos casados e viúvos; os mesmos valores médios são inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os itens); no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.17} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o grau de ensino dos utentes.

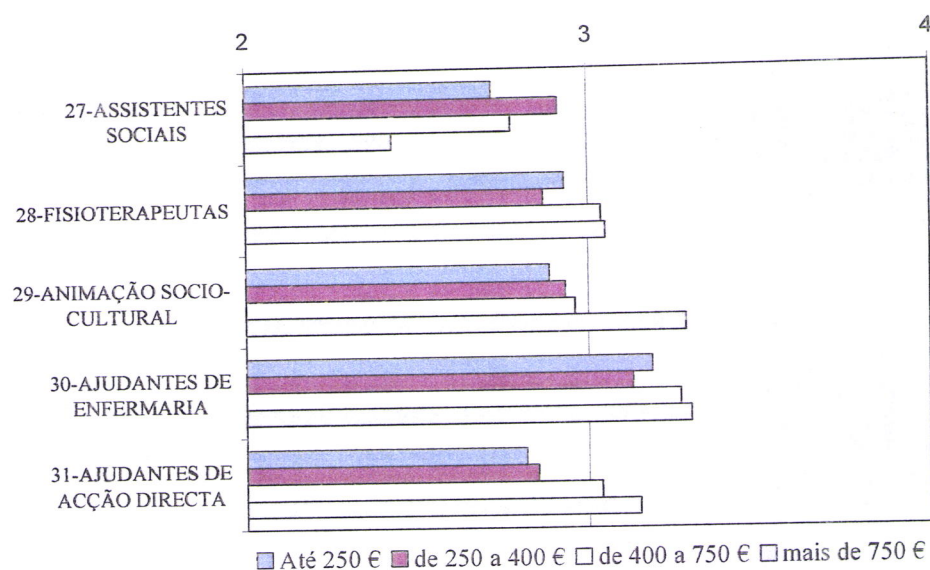
GRÁFICO 41 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do grau de ensino dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para as questões 27, 28 e 30 apresentam uma tendência, com excepções, de aumento com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para as questões 29 e 31 aumentam com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.18} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de outro pessoal e o rendimento médio mensal do utente.

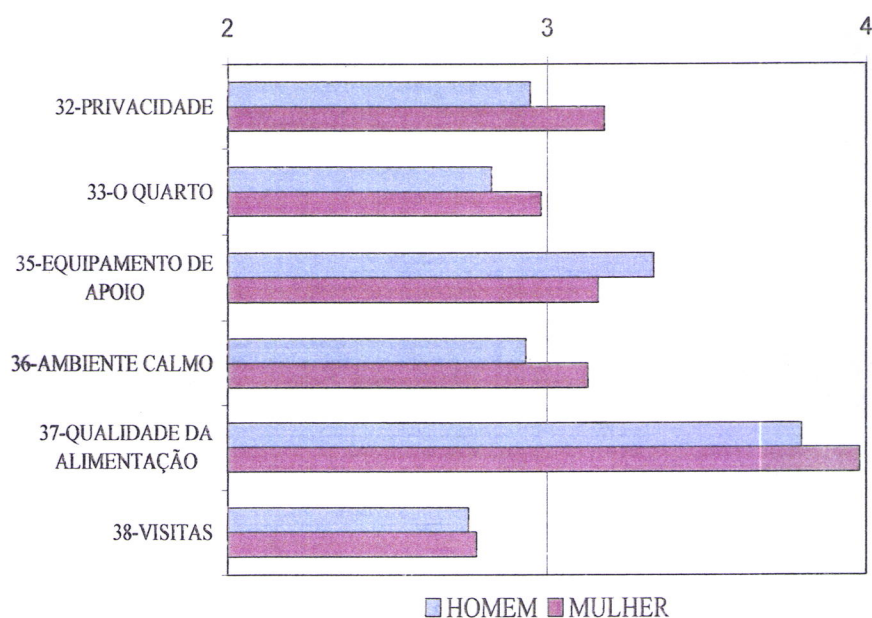
GRÁFICO 42 - Distribuição dos valores médios na dimensão “avaliação de outro pessoal” em função do rendimento médio mensal dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam algumas variações com o rendimento médio mensal, com uma tendência não generalizada de aumento com o rendimento médio mensal, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.19} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e o sexo dos utentes.

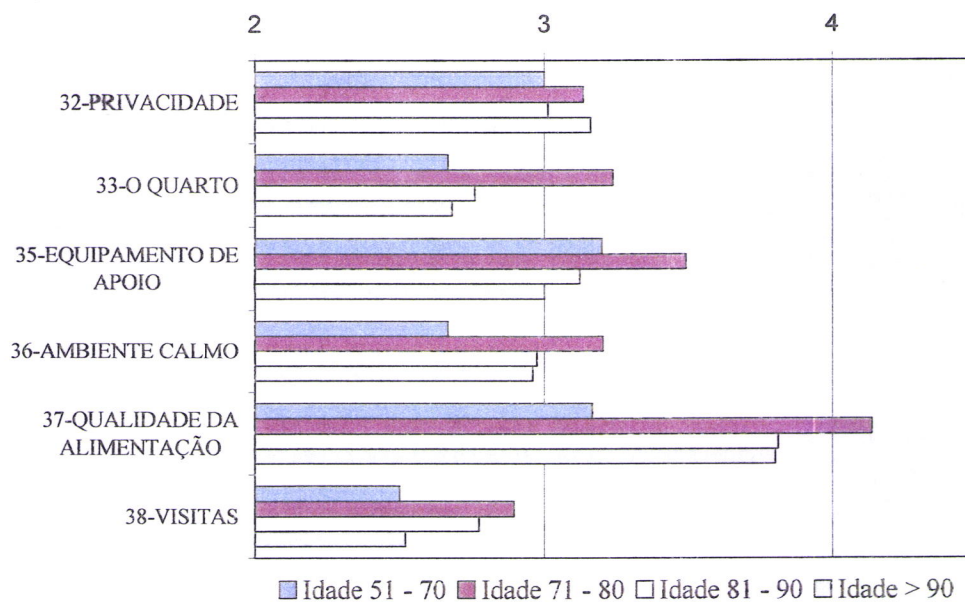
GRÁFICO 43 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função sexo dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões apresentam algumas variações com o sexo, na maioria das vezes superiores para o sexo feminino, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva esses itens, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.20} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e a idade dos utentes.

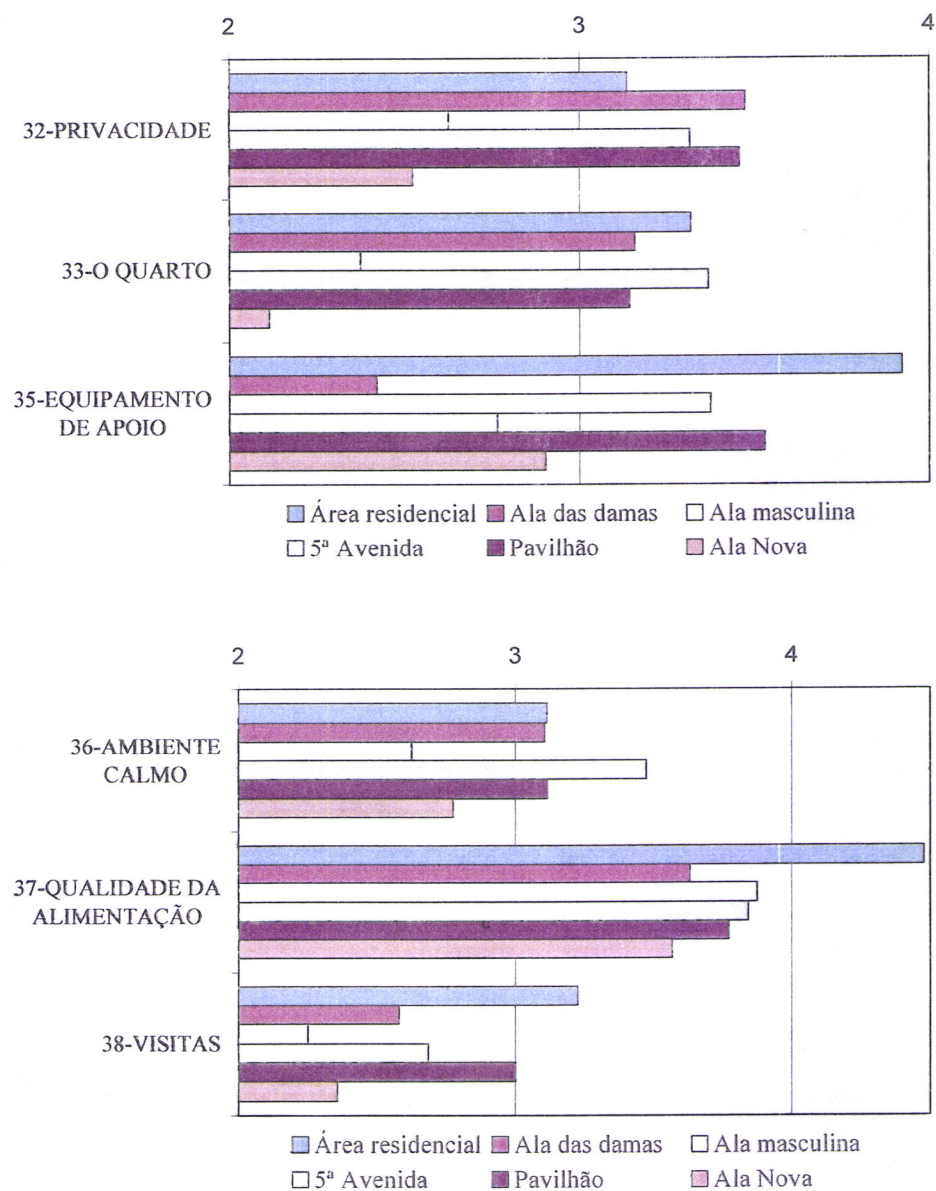
GRÁFICO 44 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função da Idade dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para as questões 35 a 38 são superiores para a classe etária 71-80, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva estes itens; os valores médios observados para a questão 32 apresentam pequenas variações com as classes etárias; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para a questão 33 são superiores para a classe etária 71-80, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva este item, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os inquiridos com 71-80 anos avaliam de forma menos positiva o item 33-QUARTOS.

H 1.21 - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e o local de alojamento dos utentes.

GRÁFICO 45 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do Local de Alojamento dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para a questão 36 são superiores para a 5.ª avenida, ou seja, estes avaliam de forma menos positiva este item e inferiores. Para a ala masculina e ala nova (avaliam de forma mais positiva este item); no entanto, as

diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para a questão 32 são superiores para a ala das damas e pavilhão (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala masculina e ala nova (avaliam de forma mais positiva este item).

Para a questão 33, são superiores para a área residencial e 5.º avenida (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala nova (avaliam de forma mais positiva este item).

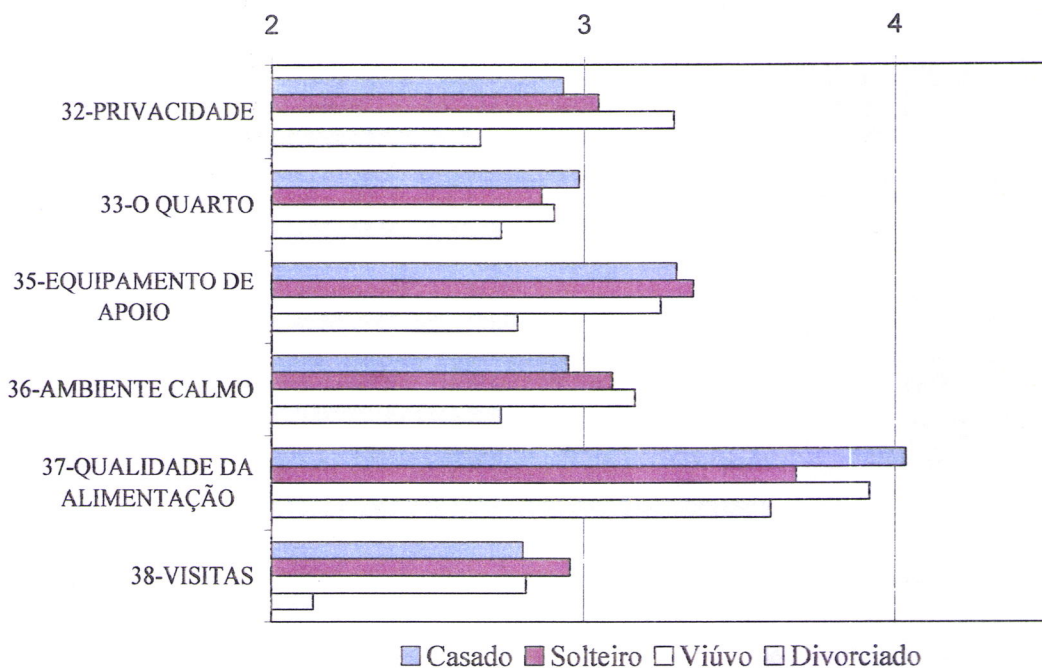
Para a questão 35, são superiores para a área residencial (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala das damas (avaliam de forma mais positiva este item).

Para a questão 37, são superiores para a área residencial (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala das damas e ala nova (avaliam de forma mais positiva este item).

Para a questão 38, são superiores para a área residencial (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala masculina e ala nova (avaliam de forma mais positiva este item); sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.22} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação de condições de alojamento e a situação familiar dos utentes.

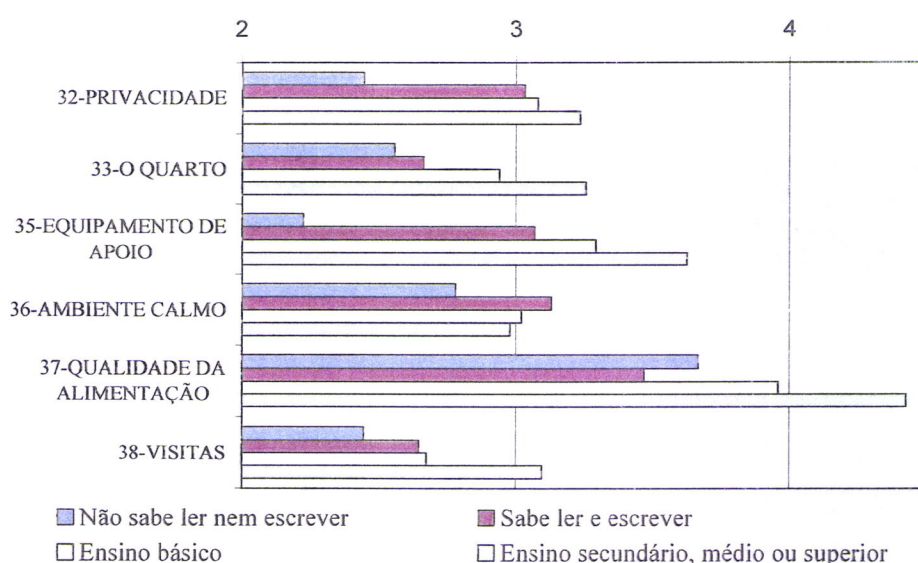
GRÁFICO 46 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função da situação familiar dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para todas as questões são, geralmente, superiores para os solteiros, casados e viúvos (nem sempre pela mesma ordem), que avaliam de forma menos positiva os itens; os mesmos valores médios são inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os itens); no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1,23} - Existe uma relação preditiva entre a avaliação das condições de alojamento e o grau de ensino dos utentes.

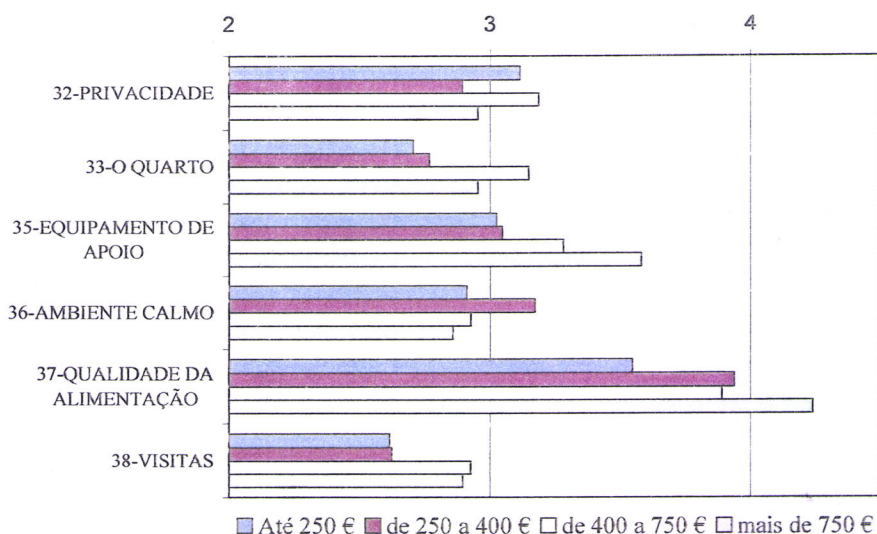
GRÁFICO 47 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do grau de ensino dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para as questões 32, 36 e 38 apresentam uma tendência, não generalizada, de aumento com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para as questões 33, 35 e 37 aumentam com o aumento do grau de ensino, logo a um menor grau de ensino corresponde uma avaliação mais positiva dos itens; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H 1.24 - Existe uma relação preditiva entre a avaliação das condições de alojamento e o rendimento médio mensal do utente.

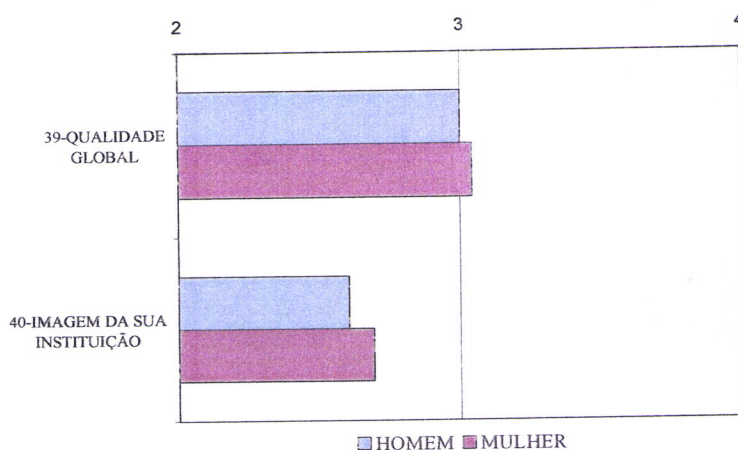
GRÁFICO 48 - Distribuição dos valores médios na dimensão “condições de alojamento” em função do rendimento médio mensal dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam algumas variações com o rendimento médio mensal, com uma tendência não generalizada de aumento com o rendimento médio mensal, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Os valores médios observados para a questão 37 aumentam com o aumento do rendimento, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

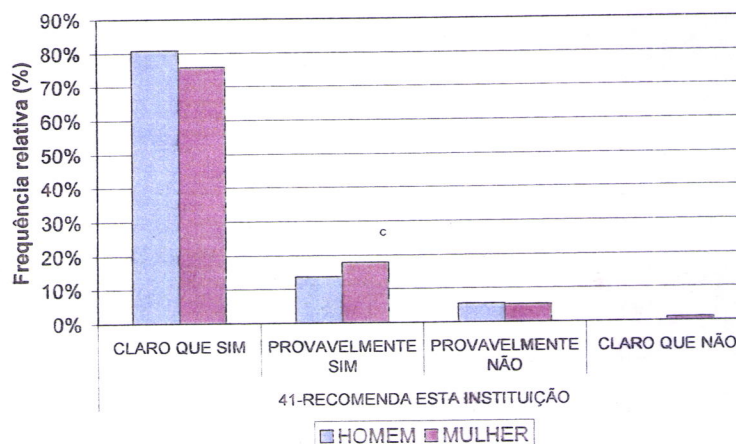
H 1.25 - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o sexo dos utentes.

GRÁFICO 49: Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do género dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados apresentam pequenas variações com o sexo, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

GRÁFICO 50 - Respostas à questão 42- “Recomenda esta Instituição” em função do sexo dos utentes.

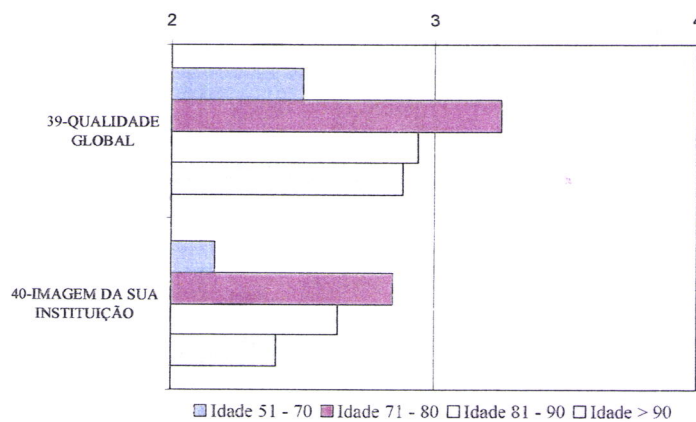


O valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não existe uma relação entre a questão 41 e o sexo. A percentagem de respostas apresenta algumas variações em

função dos sexos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

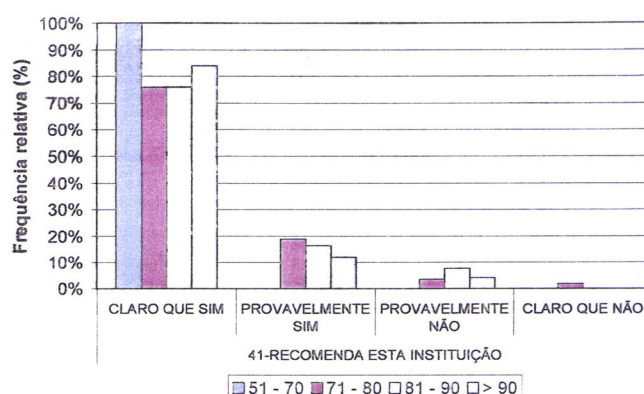
H_{1.26} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a idade dos utentes.

GRÁFICO 51 - Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função da idade dos utentes.



Na amostra, os valores médios observados para as questões são superiores para as idades 71-80 anos: estes avaliam de forma menos positiva estes itens e inferiores para as idades 51-70 anos, ou seja, estes avaliam de forma mais positiva estes itens; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

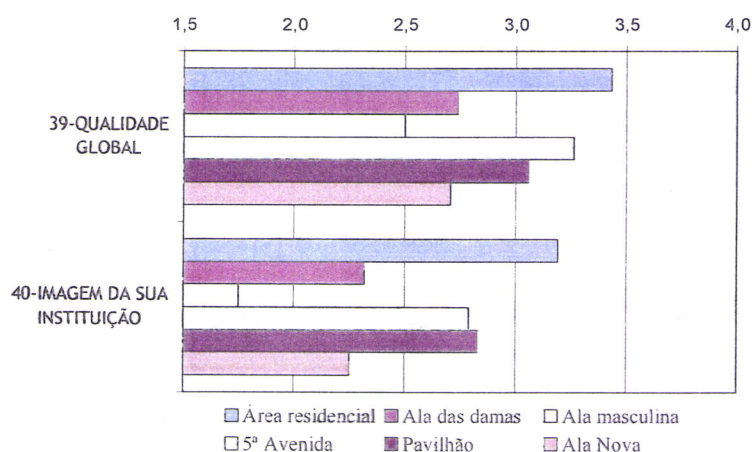
GRÁFICO 52 - Frequência relativa das respostas à questão 42- “ Recomenda esta Instituição” em função da idade dos utentes.



O valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, ou seja, não existe uma relação entre a questão 41 e a idade. A percentagem de respostas apresenta algumas variações em função das classes etárias, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1.27} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o local de alojamento dos utentes.

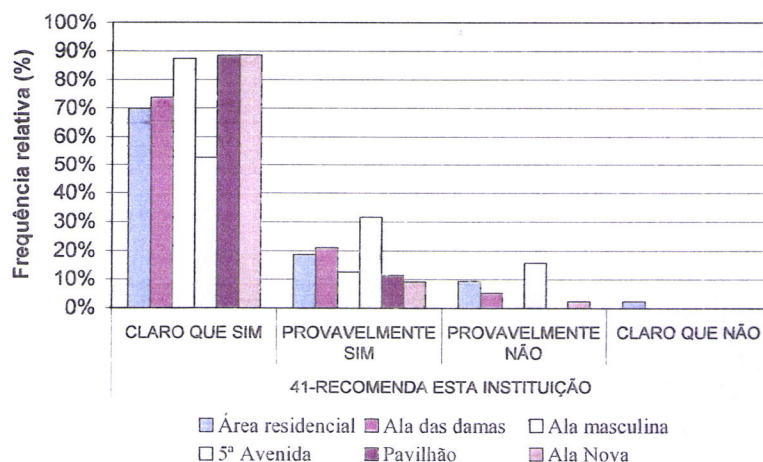
GRÁFICO 53 - Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do local de alojamento dos utentes.



O valor de prova é inferior a 5% para ambas as questões, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o local de alojamento e a opinião geral dos utentes (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

Os valores médios observados para a qualidade global são superiores para a área residencial, seguida da 5.^a avenida (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala masculina e ala das damas (avaliam de forma mais positiva este item); para a imagem da instituição são superiores para a área residencial, seguida da 5.^a avenida e pavilhão (avaliam de forma menos positiva este item) e inferiores para a ala masculina, seguida da ala nova e ala das damas (avaliam de forma mais positiva este item).

GRÁFICO 54 - Frequência relativa das respostas à questão 42- “Recomenda esta Instituição” em função do local de alojamento dos utentes.

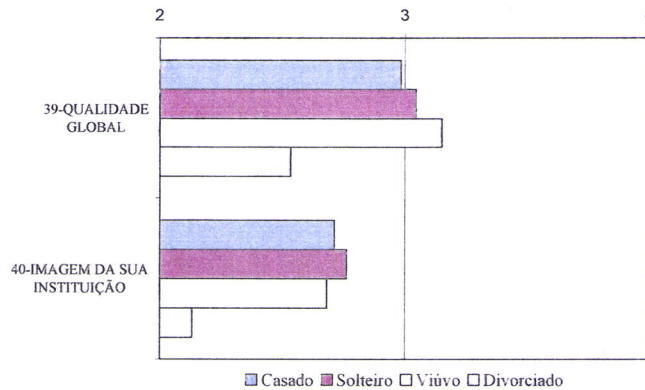


O valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, ou seja, não existe uma relação entre a questão 41 e o local de alojamento.

Na amostra, a percentagem de respostas apresenta algumas variações em função do local de alojamento, especialmente o local de alojamento 5.^a avenida é o que menos recomenda a instituição, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

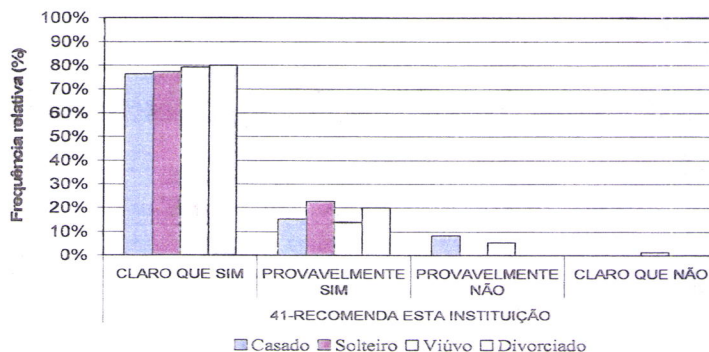
H_{1.28} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a situação familiar dos utentes.

GRÁFICO 55 - Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função da situação familiar dos utentes.



O valor de prova é superior a 5% para ambas as questões, considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação familiar e a opinião geral (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses). Na amostra, os valores médios observados para a qualidade global e a imagem da instituição são superiores para os solteiros, casados e viúvos (avaliam de forma menos positiva os conceitos); os mesmos valores médios são inferiores para os divorciados (avaliam de forma mais positiva os conceitos).

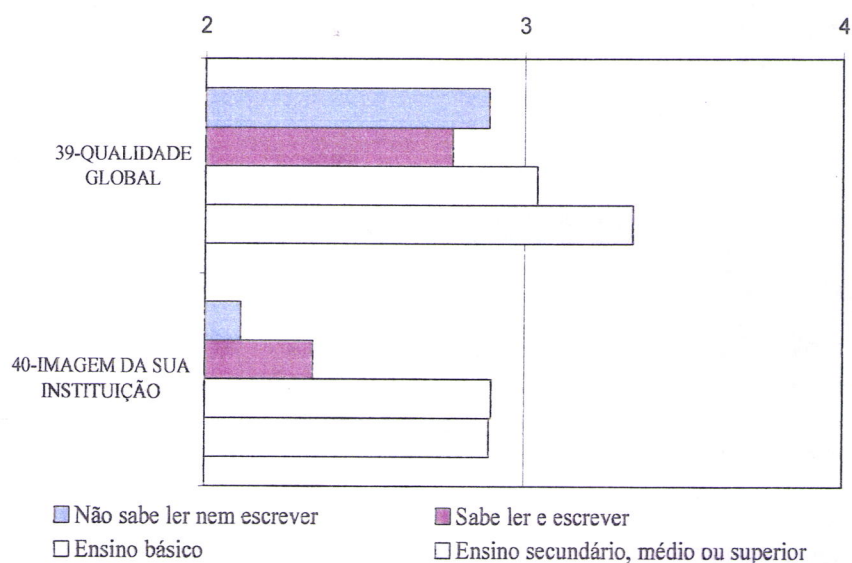
GRÁFICO 56 - Frequência relativa das respostas à questão 42- “Recomenda esta Instituição” em função da situação familiar dos utentes.



Na amostra, a percentagem de respostas apresenta pequenas variações em função da situação familiar, não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

H_{1,29} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e o grau de ensino dos utentes.

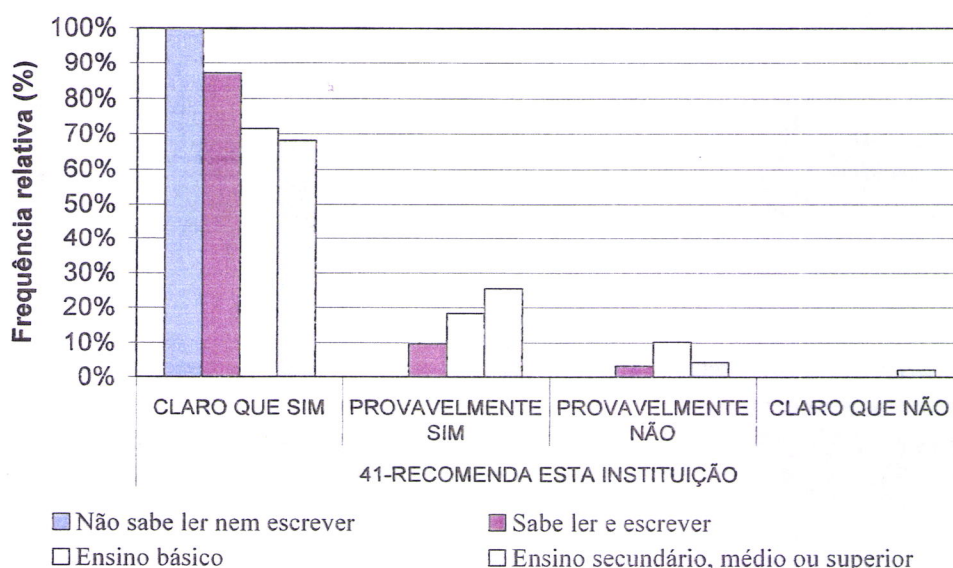
GRÁFICO 57 - Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do grau de ensino dos utentes.



O valor de prova é inferior a 5% para ambas as questões, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de ensino e a opinião geral (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

Os valores médios observados para qualidade global são inferiores para os dois graus de ensino inferiores, a que corresponde uma avaliação mais positiva do item; os valores médios observados para imagem da instituição são superiores para os dois graus de ensino superiores, a que corresponde uma avaliação menos positiva do item; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

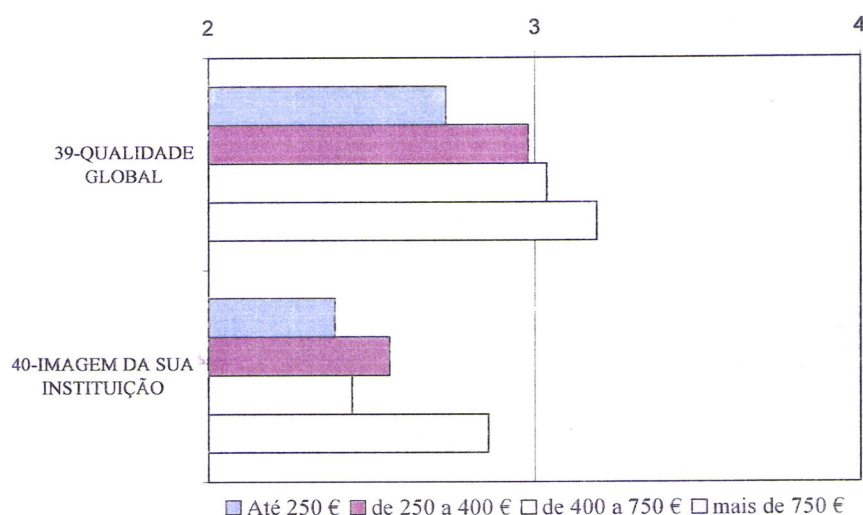
GRÁFICO 58: Frequência relativa das respostas à questão 42- “Recomenda esta Instituição” em função do grau de ensino dos utentes.



Na amostra, a percentagem de respostas “claro que sim” diminui com o aumento do grau de ensino e a percentagem de respostas “provavelmente sim” aumenta com o aumento do grau de ensino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

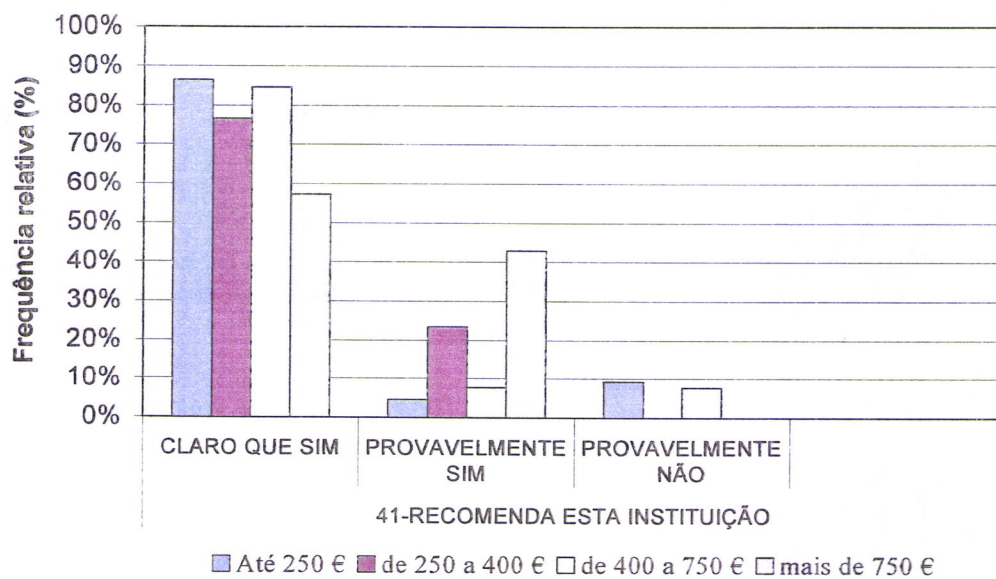
H_{1.30} - Existe uma relação preditiva entre a opinião geral e a remuneração média mensal do utente.

GRÁFICO 59 - Distribuição dos valores médios na dimensão “opinião geral” em função do rendimento médio mensal dos utentes.



Os valores médios observados para a qualidade global e a imagem da instituição aumentam, geralmente, com o aumento do rendimento, ou seja, a um menor rendimento médio mensal correspondem avaliações mais positivas; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

GRÁFICO 60 - Distribuição dos valores médios na dimensão “Recomenda esta instituição” em função do rendimento médio mensal dos utentes.



O valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, ou seja, não existe uma relação entre a questão 41 e o grau de ensino (ANEXO VI – Tabelas estatísticas da verificação de hipóteses).

6.7.5 - Síntese Da Avaliação e Da Verificação Das Hipóteses Formuladas.

De forma a se conseguir uma visualização prática dos resultados da verificação estatística da avaliação e das hipóteses formuladas, apresenta-se nos quadros seguintes uma síntese dos mesmos. Recorda-se a escala de avaliação proposta aos avaliadores (utentes residentes): EXCELENTE - MUITO BOM - BOM - SATISFAZ - NÃO SATISFAZ.

QUADRO Nº 12 - Síntese da Avaliação das Dimensões.

Avaliação Dimensões	Nível médio de avaliação	Itens mais bem avaliados	Itens mais mal avaliados
I - Pessoal de enfermagem	BOM	Gentileza e carinho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resposta dos enfermeiros à chamada. ▪ Atenção. ▪ Coordenação.
II - Pessoal médico	BOM	Gentileza e carinho	Coordenação
III - Outro Pessoal	BOM	Assistentes Sociais	Ajudantes de Enfermaria.
IV - Condições de alojamento	BOM	Visitas	Qualidade da Alimentação
V - Opinião geral (2 itens)	BOM	Imagem da Instituição	Qualidade global
Recomenda esta Instituição?	77,9 % Da população inquirida responde: “Claro que sim”.		

QUADRO 13 - Síntese da análise do relacionamento da avaliação das dimensões com as características socioeconómicas da população estudada.

Dimensões Características	I	II	III	IV	V
Género dos utentes	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.
Idade dos utentes	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.
Local de alojamento	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.
Situação familiar	Não existe relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.
Grau de Ensino	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.
Remuneração	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.	Existe uma relação estatisticamente significativa.	Não existe relação estatisticamente significativa.

Fonte: ver Quadros em Anexo VI – tabelas estatísticas da verificação de hipóteses

Quando se afirma haver uma relação estatisticamente significativa é porque, em pelo menos um dos itens avaliados existiu um nível de significância inferior a 5%.

Estes quadros dão-nos uma ideia rápida e objectiva do produto do estudo efectuado, contudo não dispensa a leitura atenta das observações durante a apresentação dos resultados e das conclusões que se seguem, onde se percebe que mesmo não existindo relações estatisticamente comprovadas, existem algumas tendências importantes de analisar.

De qualquer forma uma observação rápida deste quadro permite-nos afirmar que o “local de alojamento” e o “grau de ensino”, são as características socioeconómicas que mais se relacionam com a avaliação dos utentes, mais especificamente quando avaliam as dimensões “AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL”, “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO” e “AVALIAÇÃO GLOBAL”.

7 - CONCLUSÕES.

Foi propósito deste trabalho, determinar qual o nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados na IPSS - Inválidos do Comércio, na perspectiva do utente. Percebemos, na primeira parte do trabalho, a indispensabilidade de ouvir o utente e considerá-lo como um cliente consumidor dos cuidados de saúde na plenitude do gozo dos seus direitos de cidadania e numa filosofia de gestão da qualidade numa organização, onde a voz dos utentes/clientes é uma condição incontornável.

Recordamos que o estudo reflecte uma muito fiel opinião dos utentes da instituição em análise, uma vez que se obteve uma taxa de resposta de 63% com 169 questionários tratados de 293 possíveis. Após o tratamento estatístico e análise dos dados recolhidos, chegámos às seguintes conclusões:

- ❖ Como esperado, estamos perante uma população muito idosa, cerca de 81% do universo de trabalho tem uma idade igual ou superior a 81 anos e 19 % tem entre 51 e 80 anos. Existindo uma distribuição quase equitativa em função do sexo.
- ❖ Os sectores de alojamento com maior representatividade no estudo são a “Ala Residencial”, a “Ala Nova” e o “Pavilhão”, correspondendo estes a 73% dos inquiridos.
- ❖ A maioria da população (65%) em estudo, está sem um companheiro(a) na instituição, destes, 43% são viúvos e os restantes ou são divorciados ou solteiros. Ficamos ainda, com 35% de inquiridos que vivem na instituição com o seu cônjuge.
- ❖ Podemos afirmar, que estamos perante uma população com um grau de ensino muito baixo uma vez que 67% da população em estudo apenas sabem ler ou escrever ou tem o ensino básico, existindo ainda 5% de analfabetismo. Dos 28% restantes, a grande maioria (17%) tem o ensino secundário e apenas 10% tem ensino médio, registando-se um indivíduo com ensino superior.

- ❖ A esmagadora maioria (95%) da população em estudo, não foi funcionário da instituição, nem tem alguém da família que foi ou é funcionário da instituição (93%).
- ❖ Trata-se de uma população com um baixo poder económico, 65% da população que respondeu a esta questão tem um rendimento médio mensal inferior a 400€ e destes, 32% tem menos de 250€ como rendimento médio mensal. De referir ainda, que se obteve uma taxa de 17,8% de não respostas nesta questão.
- ❖ 81% dos questionários recebidos foram preenchidos pelo utente e 17% foram feitos com ajuda de um familiar ou amigo.
- ❖ Os profissionais médicos e de enfermagem são avaliados no ponto intermédio da escala - BOM. Sendo, no caso dos médicos, os itens mais bem avaliados a “gentileza e carinho” e os “aspectos técnicos”, no caso da enfermagem voltamos a ter como item melhor avaliado a “gentileza e carinho”.
- ❖ Quanto aos aspectos que o utente gostaria de ver melhorados nestas duas classes profissionais, salienta-se os aspectos relacionados com a medicação, no caso da enfermagem e no caso dos médicos, a forma como estes fazem o diagnóstico.
- ❖ Na “avaliação de outro pessoal”, registamos as “assistentes sociais” como as melhor avaliadas e os “ajudantes de enfermaria” como os pior avaliados. É interessante reparar que a classe profissional “ajudante de enfermaria” apenas desempenha funções no Serviço de Apoio ao Dependente e era factor de exclusão para a população em estudo estar alojado neste sector. De qualquer forma, a avaliação global de “outro pessoal” fica pouco distante do ponto intermédio da escala avaliativa (BOM).
- ❖ Nas condições de alojamento, a “qualidade da alimentação” foi o item destacadamente pior avaliado, sendo “a forma como as visitas são recebidas” o item melhor avaliado. À excepção do item “qualidade da alimentação”, todos os outros itens se situam muito próximo do nível BOM. De referir ainda, que os utentes indicam como áreas que gostariam de ver melhoradas o conforto e a limpeza.

- ❖ A grande maioria dos utentes participantes no estudo, avaliam no nível BOM a qualidade global dos cuidados de saúde prestados na sua instituição e avaliam melhor ainda, a representatividade da sua Instituição na comunidade envolvente, recomendando-a claramente a um familiar ou amigo. De qualquer forma, regista-se 5,9% da população que não recomendaria a instituição e 15,9% tem dúvidas em recomendá-la.
- ❖ Nos factores de influência na avaliação dos cuidados de saúde prestados, é identificado a “gentileza e o carinho” como factor comum aos médicos e enfermeiros, a “resposta dos enfermeiros à chamada” e a “coordenação” da equipa médica. Percebemos ainda que, as assistentes sociais e as ajudantes de enfermaria representam um peso importante na avaliação do utente. Nas condições de alojamento, o quarto, os equipamentos de apoio e as visitas são factores de influência importantes na avaliação. Numa análise global das 4 dimensões avaliadas, verifica-se que qualquer uma delas representa idêntico peso na avaliação dos utentes aos cuidados.
- ❖ Depois de analisadas as similaridades e diferenças na avaliação dos cuidados de saúde por parte dos utentes, conclui-se que na generalidade não existe uma correlação significativa entre as características sócio-económicas dos participantes no estudo e a avaliação que estes fazem. No entanto, consegue-se identificar algumas tendências sem que estas correspondam a diferenças estatisticamente significativas:
 - Um aumento da idade corresponde, geralmente, a uma melhor avaliação.
 - Um menor grau de ensino corresponde, geralmente, a uma melhor avaliação e vice-versa.
 - Um menor rendimento médio mensal corresponde a uma melhor avaliação.
 - O sector “5ª Avenida” é o que menos recomenda a sua instituição.

❖ Com diferenças estatisticamente significativas, ou seja, com uma relação preditiva na avaliação dos cuidados de saúde e os factores sócio-económicos, são identificados os seguintes factores:

- Existe uma relação entre a “situação familiar” dos utentes e a forma como os “enfermeiros respondem à sua chamada” e a “gentileza e carinho” com que estes o tratam. Viúvos, casados e solteiros avaliam pior estes aspectos, enquanto que os divorciados avaliam melhor.
- Os utentes “solteiros” avaliam pior a informação prestada pelos médicos.
- O sector “área residencial” avalia de forma menos positiva os Fisioterapeutas, a Animação Sócio-Cultural e as Ajudantes de Enfermaria.
- Existe uma relação entre o grau de ensino e a avaliação da Animação Sócio-Cultural e das Ajudantes de Enfermaria, no sentido de que a um aumento de grau de ensino corresponde uma pior avaliação destes profissionais.
- Existe uma relação entre a idade e a avaliação do “quarto”. A faixa etária dos 71 aos 80 avalia de forma menos positiva este factor nas condições de alojamento.
- A forma como as “visitas são recebidas” é o factor, nas condições de alojamento, pior avaliado pelos utentes da “área residencial”.
- Existe uma relação entre o rendimento médio mensal dos utentes e a avaliação destes à “qualidade da alimentação”. Correspondendo um aumento do nível de rendimentos a uma pior avaliação.
- Existe uma relação entre o local de alojamento e a “opinião geral” dos utentes. A “área residencial” e a “5ª Avenida” são os sectores que fazem uma avaliação menos positiva.
- Existe uma relação entre o grau de ensino e a “opinião geral” dos utentes, correspondendo um menor grau de ensino a uma melhor avaliação.

Sugere-se que, as intervenções da Organização Inválidos do Comércio com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, se centrem nos aspectos pior avaliados pelos utentes com especial incidência no aspecto da alimentação e também uma especial atenção no sector 5ª Avenida. A gentileza e o carinho, assim como, uma eficiente e rápida resposta e a coordenação das equipas são aspectos que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) devem continuar a ter como preocupação central, pois eles representam para os utentes um importante peso na avaliação destes aos cuidados de saúde que lhes são prestados. Sugere-se ainda, avaliações sistemáticas em períodos anuais a fim de monitorizar as implementações introduzidas para a melhoria dos cuidados.

Como vimos, existiu uma grande mudança nos conceitos de gestão dos serviços públicos de saúde na última década, mudanças essas que têm atingido sobretudo as grandes instituições prestadores de cuidados de saúde - os hospitais. Percebemos que, a principal mudança verificada foi dar à gestão dessas organizações a fórmula de sucesso verificada na gestão de outros sectores - A Gestão da Qualidade. Com efeito, conseguimos encontrar muitos reflexos dessas alterações ao nível de estudos efectuados pelas mais variadas classes profissionais do sector da saúde, e até mesmo estudos provenientes de entidades estatais. Contudo, na pesquisa efectuada não se conseguiu encontrar estudos dentro da mesma orientação de mudança, que visassem o tipo de organizações aqui em estudo - as IPSS's, porém, não tardará que essas mudanças também afectem este tipo de instituições, pois elas têm como missão responder às necessidades das comunidades envolventes atingindo os vários públicos-alvo através das suas valências. Mas, não basta albergar pessoas vulneráveis, é necessário ter em conta um conjunto de factores importantes, designadamente o cumprimento da legislação em vigor das diferentes valências.

Já existem orientações do Instituto de Segurança Social, organismo financiador responsável pela superintendência das actividades destas organizações, no sentido de implementar uma nova política de gestão das IPSS's como os "Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais" (<http://www.seg-social.pt>) à luz dos normativos NP EN ISO 9001:2000 que, como vimos no ponto 3.6, são normativos para implementação de sistemas de gestão da qualidade, sendo este em específico um referencial de boas

práticas que servem de requisito, existindo os manuais para as actividades de Apoio Domiciliário, Centros de Dia e Creches, não existindo ainda o manual para apoio a idosos dependentes. A Implementação do “Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais” está organizada em três níveis: A, B e C. Sendo “C” o nível mínimo que cada IPSS deverá cumprir para receber as respectivas participações, e o nível “A” considerado o patamar de implementação óptimo. Esta é uma mudança que, ao que parece, está a iniciar-se sendo necessário fomentar instrumentos para a implementação do Sistema da Gestão da Qualidade numa IPSS.

Neste estudo, adaptamos um instrumento de avaliação dos cuidados de saúde num hospital na perspectiva do utente, embora a adaptação sirva os objectivos deste estudo parece-nos pertinente um estudo qualitativo numa amostra representativa das IPSS’s em Portugal com características idênticas aquela que aqui esteve em foco, no sentido de determinar a tipologia dos Cuidados de Saúde específicos deste tipo de organizações e com base nesta informação, criar um instrumento de Avaliação dos Cuidados de Saúde na perspectiva do utente, numa IPSS com valência de Lar de Idosos com Serviço de Apoio a Dependentes.

8 - INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Percebe-se que a avaliação dos cuidados de saúde na percepção dos utentes é transversalmente equilibrada num ponto intermédio da escala, não existindo um significado importante entre esta avaliação e as características socioeconómicas da população estudada.

Sendo uma avaliação generalizada no ponto intermédio da escala - BOM, conclui-se que muito caminho há ainda a percorrer para atingir a excelência. Não existindo uma relação estatisticamente comprovada entre esta avaliação e a caracterização da população, conclui-se que todas as medidas a tomar para rumar à excelência têm de ser transversais a toda a população e por inerência a todos os sectores e funcionários.

Medidas propostas:

- Revisão dos termos contratuais com o *outsourcing* do serviço de alimentação em vigor. Ponderar a contratualização de outro parceiro.
- Programar reuniões periódicas com todos os técnicos envolvidos. Criando assim um maior envolvimento de todos os técnicos prestadores de cuidados de saúde, de forma a existir uma melhor coordenação e cooperação de todos os agentes técnicos envolvidos na prestação de cuidados de saúde.
- Realizar e operacionalizar um plano de formação a toda a equipa “Ajudantes de Enfermaria” na área da prestação de cuidados à pessoa idosa. Preferencialmente recorrendo a um entidade externa.
- Reforçar a equipa de enfermagem de forma a conseguir dar uma melhor resposta “à chamada do enfermeiro”.
- Acções de sensibilização à população e funcionários sobre o modo de funcionamento do recurso de enfermagem e o modo como podem rentabilizá-lo, por exemplo através de aconselhamento telefónico.

- Acções de formação e sensibilização aos enfermeiros para a problemática da gerontologia de forma a este grupo profissional conseguir chegar mais perto e com maior qualidade ao utente.
- Formação na equipa de enfermagem em actuação do enfermeiro em urgências no contexto específico desta organização.
- Sensibilizar o Director Clínico para o facto de que a população estudada apontou como aspecto a ser melhorado na equipa médica a forma como estes fazem o diagnóstico.
- Realizar e operacionalizar um plano de higienização por sectores, tendo em conta as suas diferentes características. Ponderar a contratualização de um *outsourcing* para uma prestação de serviços nesta área.
- Protocolar procedimentos que envolvam mais que um técnico:
 - Espólios de utentes quando enviados ao hospital.
 - Colocações em definitivo no Serviço de Apoio ao Dependente.
 - Procedimentos de encaminhamento e acompanhamento ao hospital.
 - Procedimentos de preparação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa em toda a instituição.
 - Procedimentos em caso de óbito.

Desta forma conseguir-se-á sistematizar os procedimentos com uma acção idêntica independentemente da pessoa que os praticar, aumentando os níveis de confiança da população em toda a equipa técnica prestadora de cuidados. Por outro lado irá permitir implementar um processo de auditoria interna.

9 - BIBLIOGRAFIA.

- APCER, Associação Portuguesa para a Certificação (2003). *Guia Interpretativo ISO 9001:2000*. Leça da Palmeira.
- BACH, Richard. 2003. *Nada ao acaso*. Lisboa: Edições Verbo.
- BRANCO, L. 1991. "Pensar Qualidade". *Revista Dirigir (16)*, Janeiro-Fevereiro, 13-17.
- CALDAS de Almeida. J.M.. XAVIER, M. 1995. *Avaliação e garantia de Qualidade dos Serviços de saúde Mental*. Lisboa: Acta médica portuguesa.
- CASADO, F. 1997. *A qualidade e o envolvimento dos empregados*. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada no ISCTE.
- CARAPINHEIRO, Graça. 1993. *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Lisboa: Ed. Afrontamento.
- COELHO, H. M. D. 1998. *Satisfação dos Consumidores dos Cuidados de Saúde*. Braga. Tese de Mestrado na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- COELHO, M. 2001. "Promover a qualidade das PME nacionais". *Estratégias XXI*. 8-9.
- CROSBY, P. B. 1979. *Quality is Free*. Mcgraw-Hill.
- CRUZ, C. e CARVALHO, O. 1994. *Qualidade uma filosofia de gestão*. Lisboa: texto editora.
- CURY, A. 2006. *Nunca Desista dos Seus Sonhos*. Cascais: Pergaminho Lda. 1ª edição.
- DEMING, W.E. 1991. *Calidad, productividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ed. Diaz de Santos.
- DOMINGUES, Ivo. 2006. *Organizações, Cidadãos e Qualidade*. Porto: Formalpress - Publicações e Marketing.

- DONABEDIAN, A. 1980. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: health Administration Press.
- FAZENDA, E. S. 1991. “A qualidade, Responsabilidade de Todos”. Lisboa: *Revista Dirigir* (21). Novembro-Dezembro.
- FERREIRA, P. e SECO, O. 1993. “Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (37). 159-171.
- FERREIRA, P.L. 1990. *Intemporal Stability of patient's Quality Judgments*. Wiscosin: Tese de Doutoramento, Madison University.
- FERREIRA, P. L. 1997. *A voz dos doentes nos Hospitais da Universidade de Coimbra: Relatório final das Ondas 1, 2 e 3*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra - Centro de Estudos Sociais.
- FERREIRA, P.L.; MARQUES, F.B. 1998. *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Faculdade de Economia: Centro de Estudo de Investigação em Saúde.
- FONSECA, Carlos Dinis da. 1996. *História e Actualidade das Misericórdias*. Mem Martins: Editorial Inquérito.
- FREDERICO, M. 1999. “Qualidade em cuidados de saúde”. *Referência*, Maio. 47-51.
- FREIRE, Manuel Leal. 1995. *As Misericórdias e as IPSS em Geral, na história, na legislação, na jurisprudência e na prática administrativa*. Porto: Elcla Editora.
- GLEITMAN, Henry. FRIDLUND, Alan. REISBERG, Daniel. *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª Edição.
- GRANDE, Nuno. 1995. “Qualidade na Saúde”. *Qualidade*. Lisboa: Associação Portuguesa para a Qualidade. 5-12.
- GOLEMAN, Daniel. BOYATZIS, Richard. McKEE, Annie. 2003. *Os Novos Líderes, a inteligência emocional nas empresas*. Lisboa: Gradiva. 2ª edição.

- HOPKINS, A.; FITZ, Patrick. 1993. *Measurement of Patients Satisfaction With Their Care*. Londres: RCP publications.
- IMPERATORI, E. 1999. Mais de 1001 conceitos para melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde. Lisboa: Edinova.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. 2000. “A experiência portuguesa de acreditação de hospitais: O Health Quality Servisse do King’s Fund”. Lisboa: *Revista Qualidade em Saúde*. Junho, 33-35.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. 2001. “Acreditação: Etapa crítica da melhoria continua. O caso do Hospital Fernando da Fonseca. A mudança necessária”. Lisboa: *Revista Qualidade em Saúde*. Abril, 33-35.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. 2001. “King’s Fund, do critério se fez plano, do plano se fez acção”. Lisboa: *Revista Qualidade em Saúde*. Abril, 28-32.
- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. 2002. “Programa Nacional de Acreditação de Hospitais”. Lisboa: *Revista Qualidade em Saúde*. Maio, 33-35.
- Faculdade De Ciências E Tecnologias Da Universidade Nova De Lisboa. 2007. “Os Processos de Percepção e Comunicação Interpessoal”. <http://www.fct.unl.pt/gapa/canais/aluno/relacoes-sociais-os-processos-de-percepcao/?searchterm=percepção>.
- JURAM, J.M. 1974. *Quality Control Handbook*. 3rd edition. Mcgraw-Hill.
- LEITCH, J. Dom Nieves, Gérard L. et al. 1995. “Strategies for involving employes”. *Journal for Quality and Participaction* (5), Sptémbre, 68-74.
- Madeira, Ana Carla. ABREU, Maria Manuel. 2004. *Comunicar em Ciência, como redigir e apresentar trabalhos científicos*. Lisboa: Escolar editora.
- MEZOMO, João Catarin. 2001. *Gestão da Qualidade na Saúde - Princípios Básicos*. S. Paulo, Brasil: Ed. Manole Ltda.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. *Saúde em Portugal: uma estratégia de saúde para o virar do século - orientações para 1998*. Lisboa: IGIF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1999. *Saúde um compromisso, a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ed. Ministério da Saúde.
- MONTEIRO, J. M. L. 1991. *Satisfação em saúde numa perspectiva de garantia da qualidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, dissertação para obtenção do diploma em Administração Hospitalar.
- MOREIRA, João Manuel. 2004. *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- NASCIMENTO, J.. JESUÍNO, C. 2002. “Artigo disponível sobre um estudo realizado no âmbito das Atitudes e Representações Sociais em Saúde”. Lisboa: ISCTE.
- OLIVEIRA, I. 1998. *Melhoria continua nas organizações de prestação de cuidados de saúde*. Lisboa: Centro de Estudos Mangement.
- PEREIRA, Orlindo Gouveia. 2004. *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2ª edição.
- PESTANA, Maria Helena; GAJEIRO, João Nunes. 2005. *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS: A Complementaridade Do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 4ª edição.
- PESSOA, Maria da Graça Silva Quaresma. 2002. *A Qualidade enquanto Factor de Mudança nas Organizações de Saúde*. Lisboa: ISCTE, Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.
- PIRES, A. Ramos. 2004. *QUALIDADE. Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. 1998. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

- RAPOSO, V.M dos R. 1998. *Sistemas de apoio à decisão aplicados à gestão da qualidade: desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação da qualidade hospitalar*. Coimbra: Faculdade de Economia, Tese de Mestrado.
- RIBEIRO, José Luis Pais. 2007. *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- SALE, D. 1998. *Garantia de Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Hospital Fernando Fonseca.
- SILVA, Natália Soares da. 2005. *Avaliação da Qualidade dos Cuidados Hospitalares: Perspectiva dos Utentes*. Lisboa: ISCTE, Tese de mestrado em gestão de serviços de saúde.
- SOUSA, António de. 1990. *Introdução à Gestão, uma abordagem sistémica*. Lisboa: Verbo. 1ª Edição.
- VALA, Jorge. MONTEIRO, Maria Benedicta. *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 7ª Edição.
- VUORI, H. El 1991. *Control De Calidad En Los Servicios Sanitarios*. Barcelona: Ed. Masson, 6ª ed.

ANEXOS

ANEXO I

Estrutura do Inquérito identificador das preocupações.



Políticas de Qualidade e Inovação em Saúde

QUESTIONÁRIO A UTENTES

CARACTERIZAÇÃO:

Local de alojamento

IDADE :

SEXO :

40 - 50

HOMEM

Área residencial :

51 - 60

MULHER

Pavilhão

71 - 80

Alas (das damas e masculina)

81 - 90

5ª Avenida

91 - 100

Serviço de Apoio ao Dependente

Ala Nova

Indique pela ordem da sua importância 3 áreas que gostava de ver melhoradas no SAD :
(ESCOLHA APENAS 3)

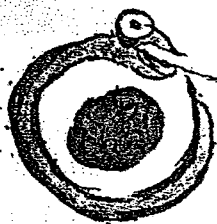
(coloque-os pela ordem da sua importância, o nº1 será o mais importante, ou seja, O QUE REQUER RÁPIDA INTERVENÇÃO PARA MELHORIA)

- Estrutura física e mobiliário
- Higiene e limpeza do espaço físico e mobiliário
- Cuidados médicos
- Relação profissional / utente
- Relações profissional / profissional
- Higiene e conforto do utente
- Cuidados de enfermagem: Pensos
- Cuidados de enfermagem: Avaliação para levante do utente
- Cuidados de enfermagem: Administração de terapêutica
- Cuidados de enfermagem: Avaliação e registo de sinais vitais
- Alimentação (qualidade, quantidade, horários)
- Actividades lúdicas de lazer e ocupação de tempos livres

Muito Obrigado pela colaboração.

ANEXO II

INQUÉRITO: Como vê o Seu Hospital?



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde*

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra



Centro Hospitalar de Coimbra

Como vê o seu hospital?

Para responder a este questionário, pense no seu último internamento neste hospital.
Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.

DADOS SOBRE O SEU INTERNAMENTO

- 1 Além desta hospitalização, quantas vezes esteve internado/a neste hospital pelo menos uma noite?
- ₁ Nunca, esta foi a primeira vez
₂ Mais uma vez
₃ Mais duas vezes
₄ Três ou mais vezes
- 2 Já foi tratado/a neste hospital na Consulta Externa ou na Urgência? ₁ Sim ₂ Não
- 3 Sentiu dificuldades de transporte no acesso ao hospital e no regresso a casa? ₁ Sim ₂ Não
Se respondeu SIM, especifique _____
- 4 Foi admitido/a ₁ Pela Urgência
₂ Pelas Consultas
₃ Transferido de outra instituição
₄ Outra _____

5 Qual o serviço em que esteve internado/a? (caso tenha passado por mais do que um serviço de internamento, por favor indique aquele em que esteve mais tempo) _____

1 Não me consigo lembrar

6 Durante a maior parte do seu internamento ...

1 Esteve em quarto de 1 cama

2 Esteve em quarto de 2 camas

3 Esteve em enfermaria de mais de 2 camas

7 Durante a maior parte do seu internamento teve alguma dieta especial ou podia comer qualquer tipo de comida?

1 Sem dieta especial

2 Dieta líquida

3 Dieta especial (não líquida)

4 Não sei

8 Durante o seu internamento necessitou de ajuda para as suas actividades diárias (comer, tomar banho, vestir, ir à casa de banho, ir para a cama)?

1 Necessitei de muita ajuda

2 Necessitei de um pouco de ajuda

3 Não necessitei de ajuda

9 Durante o seu internamento que dores sentiu?

1 Muitas dores

2 Algumas dores

3 Poucas dores

4 Nenhumas dores

10 Quanto tempo ficou internado/a? _____ meses _____ dias

11 Considerou que este tempo passado no hospital foi ...

1 O necessário

2 Curto demais

3 Longo demais

4 Não tenho a certeza

12 Na alta, foi-lhe marcado alguma consulta de seguimento? 1 Sim 2 Não

Pedimos-lhe que avalie aspectos relativos ao seu internamento. Assinale com um 'X' apenas uma resposta.

ADMISSÃO

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- 13 EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO: *Facilidade em conseguir o internamento, incluindo o tempo que demorou.*
- 14 PREPARAÇÃO PARA O INTERNAMENTO: *Instruções para preparação do internamento e informações sobre o internamento.*
- 15 ATENÇÃO QUE FOI DADA ÀS SUAS NECESSIDADES: *Forma como foi recebido/a pelo pessoal de enfermagem.*

CUIDADOS DIÁRIOS NO HOSPITAL

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- 16 SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: *Vontade do pessoal de satisfazer as suas necessidades.*
- 17 COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: *O trabalho em equipa de todo o pessoal que cuidava de si.*
- 18 AJUDA E SIMPATIA: *Capacidade do pessoal de o/a fazer sentir-se confiante e seguro.*
- 19 SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS: *Sensibilidade do pessoal em relação aos seus problemas e preocupações.*

INFORMAÇÃO

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- 20 FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES: *Vontade do pessoal de responder às suas perguntas.*
- 21 INFORMAÇÕES: *Forma como foi esclarecido/a sobre testes ou tratamentos e o que esperar deles.*
- 22 INFORMAÇÕES A FAMILIARES OU AMIGOS: *Forma como foram informados acerca do seu estado de saúde e necessidades.*

PESSOAL DE ENFERMAGEM

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- 23 **ASPECTOS TÉCNICOS:** *Forma como o pessoal de enfermagem desempenhou as actividades de dar os medicamentos ou injeções, de alimentação, higiene e conforto.*
- 24 **ATENÇÃO PRESTADA PELA ENFERMAGEM AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** *Frequência com que o pessoal de enfermagem verificou a evolução do seu estado de saúde.*
- 25 **RESPOSTA DA ENFERMAGEM ÀS SUAS CHAMADAS:** *Rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a.*
- 26 **CUIDADOS E CARINHO:** *Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelo pessoal de enfermagem.*
- 27 **INFORMAÇÃO FORNECIDA:** *Forma como o pessoal de enfermagem comunicou com os doentes, familiares e médicos.*

PESSOAL MÉDICO

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- 28 **ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** *Frequência com que os médicos verificaram a evolução do seu estado de saúde.*
- 29 **DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS:** *Facilidade de falar com o seu médico.*
- 30 **CUIDADOS E CARINHO:** *Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos.*
- 31 **ASPECTOS TÉCNICOS:** *Forma como o seu médico fez o diagnóstico, o/a examinou e o/a tratou.*
- 32 **INFORMAÇÃO FORNECIDA:** *Forma como o seu médico o/a informou acerca da sua doença, do tratamento e do que fazer depois da alta.*
- 33 **COORDENAÇÃO:** *Forma como os médicos trabalharam em equipa para o/a tratar.*

OUTRO PESSOAL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
34 PESSOAL AUXILIAR: <i>Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
35 PESSOAL DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES: <i>Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
36 PESSOAL DO RAIOS-X: <i>Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
37 FISIOTERAPEUTAS: <i>Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
38 MAQUEIROS: <i>Forma como o pessoal o transportou entre os serviços, desempenhou as suas tarefas e se relacionou consigo.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
39 PRIVACIDADE: <i>Forma como a sua privacidade foi assegurada.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
40 O QUARTO: <i>Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
41 UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO: <i>Possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex: cadeira de rodas, bengala, canadiana).</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
42 AMBIENTE CALMO: <i>Paz e sossego.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
43 QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO: <i>No geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
44 SINALIZAÇÃO: <i>Facilidade de se orientar dentro do hospital.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
45 O EDIFÍCIO: <i>A sua opinião sobre o edifício onde o hospital está instalado.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
46 ESTACIONAMENTO: <i>Lugares disponíveis e sua localização.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
47 VISITAS: <i>Amabilidade e simpatia com que as suas visitas foram recebidas pelo pessoal do hospital.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
48 HORÁRIO DAS VISITAS: <i>Facilidade com que os seus familiares e amigos o visitaram.</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

ALTA

- | | Excelente | Muito Bom | Bom | Regular | Mau | Não se aplica |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 49 PROCEDIMENTOS DA ALTA: Tempo que demorou a ter alta e forma como se processou. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 50 PLANEAMENTO DA ALTA: Instruções que recebeu sobre o que fazer e esperar após a alta. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 51 COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: Esforços do pessoal do hospital para satisfazer as suas necessidades depois da alta. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 52 TRANSFERÊNCIA: Forma como foi assegurado o transporte para outro hospital ou instituição. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

OPINIÃO GERAL

- | | Excelente | Muito Bom | Bom | Regular | Mau | Não se aplica |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 53 QUALIDADE DO HOSPITAL: Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 54 IMPACTO DO SEU INTERNAMENTO: Medida em que o internamento contribuiu para as suas melhoras. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 55 IMAGEM DO HOSPITAL: Reputação do hospital na sua comunidade. | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

De seguida são apresentadas frases que os doentes por vezes dizem relativamente ao seu internamento.
Por favor dê-nos a sua opinião em relação a cada uma delas.

SATISFAÇÃO GLOBAL

- | | Concordo plenamente | Concordo | Discordo | Discordo plenamente |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 56 Fui tão bem tratado/a no hospital que até comentei com a minha família e amigos. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 57 Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 58 O hospital deveria ter permitido que familiares e amigos meus participassem mais nos cuidados que me foram prestados. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 59 Soube sempre quem era o meu médico assistente. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 60 Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 61 Fui muito bem tratado/a pelos médicos. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 62 Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros. | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

3. Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de ser internado?

- 1. Claro que sim
- 2. Provavelmente sim
- 3. Provavelmente não
- 4. Claro que não
- 5. Não se aplica porque vivo longe do hospital

4. Voltaria a este hospital caso precisasse de ser novamente internado/a?

- 1. Claro que sim
- 2. Provavelmente sim
- 3. Provavelmente não
- 4. Claro que não
- 5. Não se aplica porque vivo longe do hospital

5. Indique as razões por que voltaria ou não voltaria a este hospital.

Por favor, responda com sinceridade.

6. MELHORAMENTOS INDISPENSÁVEIS: Por favor diga-nos quais os aspectos do hospital que necessitam de ser melhorados.

7. SURPRESAS AGRADÁVEIS: Durante o seu internamento teve alguma surpresa boa?

(Caso necessite de mais espaço para os seus comentários, por favor utilize as últimas páginas em branco.)

68 SURPRESAS DESAGRADÁVEIS: Durante o seu internamento teve alguma surpresa má?

Pedimos-lhe agora que nos dê alguma informação sobre o seu estado de saúde actual.

69 Em geral, diria que a sua saúde é:

- ₁ Ótima
₂ Muito boa
₃ Boa
₄ Razoável
₅ Fraca

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
-----------------------	--------------------------	----------------------

70 Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.

- ₁ ₂ ₃

71 Subir vários lanços de escadas

- ₁ ₂ ₃

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

72 Fez menos do que queria?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

73 Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

74 Fez menos do que queria?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

75 Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

76 Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- ₁ Absolutamente nada
- ₂ Pouco
- ₃ Moderadamente
- ₄ Bastante
- ₅ Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

77 Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

78 Se sentiu com muita energia?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

79 Se sentiu deprimido/a?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

80 Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

81 Após quanto tempo depois de sair do hospital é que retomou o seu emprego regular?

- ₁ Não se aplica — não tenho um emprego
- ₂ Ainda não voltei ao emprego
- ₃ Voltei após uma semana
- ₄ Voltei após 2 a 3 semanas
- ₅ Voltei após mais de 3 semanas

82 Após quanto tempo depois de sair do hospital é que retomou a sua actividade normal?

- ₂ Ainda não retomei a minha actividade normal
- ₃ Retomei após uma semana
- ₄ Retomei após 2 a 3 semanas
- ₅ Retomei após mais de 3 semanas

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

83 Qual o seu local de residência? Código Postal _____ Localidade _____

84 Qual é o seu sexo? ? ₁ Feminino ₂ Masculino

85 Qual é a sua idade? _____ anos

86 Qual é a sua situação familiar?

₁ Casado/a com registo

₂ Casado/a sem registo

₃ Solteiro/a

₄ Viúvo/a

₅ Divorciado/a

₆ Separado/a

87 Qual é a sua situação profissional?

₁ Trabalhador/a por conta de outrem

₂ Trabalhador/a familiar não remunerado

₃ Patrão

₄ Trabalhador/a por conta própria

₅ Desempregado/a

₆ Estudante

₇ Doméstico/a

₈ Reformado/a — Profissão quando no activo _____

₉ Inválido/a

₁₀ Outra condição não especificada. Qual? _____

88 Que grau de ensino é que completou?

₁ Não sabe ler nem escrever

₂ Sabe ler e escrever

₃ Ensino básico

₄ Ensino secundário

₅ Ensino médio

₆ Ensino superior

89 Qual é, aproximadamente, o seu rendimento mensal médio, depois dos descontos?

₁ Até 50 contos mensais

₂ De 50 a 80 contos mensais

₃ De 80 a 150 contos mensais

₄ De 150 a 300 contos mensais

₅ De 300 a 500 contos mensais

₆ Mais de 500 contos mensais

90 E o do seu agregado familiar (caso não viva sozinho/a)?

- 1 Até 50 contos mensais
- 2 De 50 a 80 contos mensais
- 3 De 80 a 150 contos mensais
- 4 De 150 a 300 contos mensais
- 5 De 300 a 500 contos mensais
- 6 Mais de 500 contos mensais

91 É funcionário/a deste hospital? 1 Sim 2 Não

92 Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital? 1 Sim 2 Não

93 Quem preencheu este questionário?

- 1 O/A doente
- 2 O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a
- 3 Familiar ou amigo/a porque o/a doente faleceu
- 4 Familiar ou amigo/a por qualquer outra razão

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

DE SEGUIDA, COLOQUE O QUESTIONÁRIO NO SOBRESCRITO ENVIADO

E COLOQUE-O NO CORREIO. NÃO SÃO PRECISOS SELOS DE CORREIO.

ANEXO III

INQUÉRITO: Como vê o seu Lar?

Área de especialização
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Caro utente e associado de Inválidos do Comércio, quero convidá-lo a participar num estudo a ser realizado nesta Instituição no contexto deste ciclo de estudos, para isso terá apenas de dispor de uns 3 minutos para preencher este questionário.

O estudo terá como objectivo saber qual é a qualidade dos cuidados de saúde prestados nesta Instituição, na opinião dos utentes e associados.

Muito se fala actualmente em QUALIDADE e em QUALIDADE NA SAÚDE, é um tema muito abrangente mas um dos factores essenciais é a opinião que os utentes têm sobre os serviços que consomem. Por isso queremos dar-lhe voz, porque a SUA OPINIÃO é muito importante para uma MELHORIA que se quer CONTÍNUA.

INSTRUÇÕES

- Preencha o questionário na totalidade.
- Escolha apenas uma opção em cada questão, colocando um X no respectivo quadrado.
- NÃO SE IDENTIFIQUE.
- Depois de preenchido entregue o questionário na sua encarregada ou ao responsável por este estudo Pedro Costa.

MUITO OBRIGADO

Pedro Costa

COMO VÊ O SEU LAR?

Estudo sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados na IPSS - Inválidos do Comércio, na perspectiva dos utentes e associados.

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1 IDADE:

- < 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 - 70
- 71 - 80
- 81 - 90
- > 90

2 SEXO:

- HOMEM
- MULHER

3 RELAÇÃO(*):

- Utente.
- Associado não utente.
- Associado e utente.
- Funcionário.

(* do participante com a Instituição

4 Local de alojamento:

- Área residencial
- Ala das damas
- Ala masculina
- 5ª Avenida
- Pavilhão
- Ala Nova.
- SAD

5 SITUAÇÃO FAMILIAR:

- Casado
- União de facto
- Solteiro
- Viúvo
- Divorciado
- Separado

6 GRAU DE ENSINO:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino médio
- Ensino superior

7 É OU FOI FUNCIONÁRIO DESTA INSTITUIÇÃO?

- SIM
- NÃO

8 ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA É OU FOI FUNCIONÁRIO DESTA INSTITUIÇÃO?

- SIM
- NÃO

9

RENDIMENTO MÉDIO MENSAL:

- Até 250 €
- de 250 a 400 €
- de 400 a 750€
- de 750 a 1500€
- de 1500 a 2500€
- mais de 2500€

10

QUEM VAI PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO?

- O utente.
- O utente com ajuda de um familiar ou amigo.
- Familiar do utente.
- Associado (não utente).

I - AVALIAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

11 **ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como o pessoal de enfermagem desempenha as suas actividades: medicação, tratamentos, actuação em urgências.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

12 Em caso de avaliação **SATISFAZ** ou **NÃO SATISFAZ** indique as áreas que necessitam ser melhoradas:

- Medicação
- Tratamentos
- Actuação em urgências.

13

RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA,

Disponibilidade e capacidade de resposta às situações colocadas:

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

14 **ATENÇÃO** prestada pelos enfermeiros ao estado de saúde do utente:

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

15 **GENTILEZA E CARINHO.** Cortesia e respeito com que o utente é tratado pelos enfermeiros.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

16 **INFORMAÇÃO.** A forma como os enfermeiros comunicam com os utentes familiares e restantes funcionários da instituição.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

17 **COORDENAÇÃO.** Forma como os enfermeiros trabalham em equipa para cuidarem o utente.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

18 **AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO.** Forma como viu os cuidados de enfermagem evoluírem:

- EXCELENTE (Excelente evolução na qualidade dos cuidados)
- MUITO BOM (Óbvia evolução na qualidade dos cuidados)
- BOM (Boa evolução na qualidade dos cuidados)
- SATISFAZ (Satisfatória evolução na qualidade dos cuidados, muito há por fazer)
- NÃO SATISFAZ (Nenhuma evolução na qualidade dos cuidados)

II- AVALIAÇÃO DO PESSOAL MÉDICO

19 **ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como os médicos fazem o diagnóstico, como examinam e como tratam o utente.

- EXCELENTE
 - MUITO BOM
 - BOM
 - SATISFAZ
 - NÃO SATISFAZ
- 20 Em caso de avaliação **SATISFAZ** ou **NÃO SATISFAZ** indique as áreas que gostaria de ver melhoradas:
- Como o examina
 - Como faz o diagnóstico
 - Como explica o seu tratamento (medicação)

21 **ATENÇÃO** prestada pelos médicos ao estado de saúde do utente:

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

22 **DISPONIBILIDADE.** Facilidade do utente falar com o seu médico:

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

23 **GENTILEZA E CARINHO.** Cortesia e respeito com o utente é tratado pelos médicos:

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

24 **INFORMAÇÃO.** A forma como os médicos comunicam com os utentes, familiares e restantes funcionários da instituição.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

25 **COORDENAÇÃO.** Forma como os médicos trabalham em equipa para tratarem o utente.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

26 **AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO.** Forma como viu os cuidados médicos evoluírem:

- EXCELENTE (Excelente evolução na qualidade dos cuidados)
- MUITO BOM (Óbvvia evolução na qualidade dos cuidados)
- BOM (Boa evolução na qualidade dos cuidados)
- SATISFAZ (Satisfatória evolução na qualidade dos cuidados, pouco se nota)
- NÃO SATISFAZ (Nenhuma evolução na qualidade dos cuidados)

III - AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL

27 **ASSISTENTES SOCIAIS.** Forma como desempenham a sua função e se relacionam com o utente seus familiares e com outros profissionais.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

28 **FISIOTERAPEUTAS.** Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

29 **ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL.** Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

30 **AJUDANTES DE ENFERMARIA.** Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

- 31 **AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA** (todos os funcionários de apoio ao idoso que não sejam do SAD). Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

IV - CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

- 32 **PRIVACIDADE.** Forma como a privacidade do utente é assegurada.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

- 33 **O QUARTO.** Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

34 indique as áreas que gostaria de ver melhoradas:

- Limpeza
- Conforto
- Iluminação
- Temperatura

- 35 **EQUIPAMENTO DE APOIO.** Possibilidade de utilizar cadeira de rodas, bengala, andarilho, etc.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

36 **AMBIENTE CALMO.** É assegurado um ambiente calmo e sereno, é respeitado o período de silêncio nocturno.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

37 **QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO.** No geral: sabor, temperatura, variedade e quantidade disponível. Adequada às necessidades de saúde do utente.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

38 **VISITAS.** Amabilidade e simpatia com que os familiares dos utentes são recebidos pelos funcionários da instituição.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

V - OPINIÃO GERAL

39 **QUALIDADE GLOBAL:** Impressão geral sobre a qualidade dos cuidados prestados.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

40 **IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO.** Na sua percepção a reputação que esta instituição tem na comunidade.

- EXCELENTE
- MUITO BOM
- BOM
- SATISFAZ
- NÃO SATISFAZ

41 **RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO** a um familiar ou amigo?

- CLARO QUE SIM
- PROVAVELMENTE SIM
- PROVAVELMENTE NÃO
- CLARO QUE NÃO

MUITO OBRIGADO

A SUA PARTICIPAÇÃO FOI MUITO IMPORTANTE

ANEXO IV

Autorização do estudo na instituição Inválidos do Comércio.

EXMO. SENHOR PRESIDENTE DA DIRECÇÃO DA IPSS
INVÁLIDOS DO COMÉRCIO - LUMIAR

REQUERIMENTO

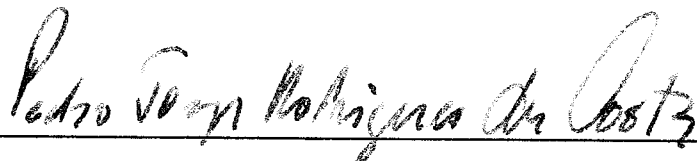
Pedro Jorge Rodrigues da Costa, a exercer funções de Enfermeiro-Gestor no Serviço de Apoio a Dependentes da IPSS Inválidos do Comércio, Rua Alexandre Ferreira, nº 47-A, Lisboa, vem desta forma requerer autorização para realização da sua dissertação de Mestrado (Intervenção Sócio-Organizacional. Área de especialização em Políticas de Administração de Serviços de Saúde) no contexto desta Instituição, tendo para o efeito que recorrer a inquéritos, questionários e/ou entrevistas a utentes e profissionais como instrumentos produtores de informação.

Comprometendo-se desde já a apresentar à Direcção o projecto de investigação quando este estiver aprovado pelo seu orientador, assim como entregar à Direcção de “Inválidos do Comércio” um exemplar da dissertação de Mestrado.

Muito respeitosamente,

Pede deferimento.

Lisboa, 15 de Setembro de 2006.





INVÁLIDOS DO COMÉRCIO

DIRECÇÃO

Dando despacho ao requerimento apresentado pelo Enfermeiro-Gestor Pedro Jorge Rodrigues da Costa, a exercer funções nesta Instituição no Serviço de Apoio ao Dependente, fica deferida a pretensão do mesmo em realizar um estudo de investigação nesta Instituição no contexto da sua formação académica (Mestrado).

Lisboa, 15 de Setembro de 2006

O PRESIDENTE DA DIRECÇÃO

ENG.º VICTOR DAMIÃO

ANEXO V

Instrumento de registo para entrevista
De avaliação do pré-teste.

DATA: _____

SUJEITO Nº _____

REGISTOS DE RESULTADOS DO PRÉ-TESTE

CARACTERIZAÇÃO

Nº QUESTÃO	NOTAS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

AVALIAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Nº QUESTÃO	NOTAS
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	

18	
----	--

AVALIAÇÃO DO PESSOAL MÉDICO

Nº QUESTÃO	NOTAS
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	

AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL

Nº QUESTÃO	NOTAS
27	
28	
29	
30	
31	

AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

Nº QUESTÃO	NOTAS
32	
33	
34	

AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO (cont.)

Nº QUESTÃO	NOTAS
35	
36	
37	
38	

OPINIÃO GERAL

Nº QUESTÃO	NOTAS
39	
40	
41	
42	

ANEXO VI

Tabelas resultantes de toda a análise estatística em SPSS

CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO

Tabela de frequências absolutas variável: IDADE

CLASSES	Frequência	Percentagem
51 - 60	1	6
61 - 70	5	3
71 - 80	59	34.9
81 - 90	79	46.7
> 90	25	14.8
Total	169	100

Tabela de frequências absolutas variável: SEXO

	Frequência	Percentagem
HOMEM	74	43.8
MULHER	95	56.2
Total	169	100.0

Tabela de frequências absolutas variável: LOCAL DE ALOJAMENTO

Local de Alojamento	Frequência	Percentagem
Área residencial	44	26.0
Ala das damas	19	11.2
Ala masculina	8	4.7
5ª Avenida	19	11.2
Pavilhão	35	20.7
Ala Nova	44	26.0
Total	169	100.0

Tabela de frequências absolutas variável: SITUAÇÃO FAMILIAR

	Frequência	Percentagem
Casado	59	34.9
Solteiro	22	13.0
Viúvo	73	43.2
Divorciado	15	8.9
Total	169	100.0

Tabela de frequências absolutas variável: GRAU DE ENNSINO

	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	9	5.4
Sabe ler e escrever	62	36.9
Ensino básico	50	29.8
Ensino secundário	29	17.3
Ensino médio	16	9.5
Ensino superior	2	1.2
Total	168	100.0

Existiu uma “não resposta”.

Tabela de frequências absolutas variável: É OU FOU FUNCIONÁRIO DESTA INSTITUIÇÃO?

	Frequência	Percentagem
NÃO	154	95.1
SIM	8	4.9
Total	169	100.0

Existiram sete não respostas, correspondentes a 4,1% da amostra

Tabela de frequências absolutas variável: ALGUÉM DA SUA FAMILIA É OU FOU FUNCIONÁRIO DESTA INSTITUIÇÃO?

	Frequência	Percentagem
NÃO	151	93.2
SIM	11	6.8
Total	162	100.0

Existiram sete não respostas, correspondentes a 4,1% da amostra

Tabela de frequências absolutas variável: RENDIMENTO MÉDIO MENSAL

Rendimento em €	Frequência	Percentagem
< 250	44	31.7
250 - 400	47	33.8
400 - 750	27	19.4
750 - 1500	16	11.5
1500 - 2500	4	2.9
> 2500 €	1	.7
Total	139	100.0

Existem 30 não respostas, correspondentes a 17,8% da amostra.

Tabela de frequências absolutas variável: QUEM VAI PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO?

	Frequência	Porcentagem
O utente	137	81.5
O utente com ajuda de um familiar ou amigo	29	17.3
Familiar do utente	1	.6
Associado (não utente)	1	.6
Total	168	100.0

Existiu uma não resposta

AValiação DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Tabela de frequências absolutas de respostas

	1	2	3	4	5	Total
11-ASPECTOS TÉCNICOS. Forma como o pessoal de enfermagem desempenha as suas actividades: medicação, tratamentos, actuação em urgências.	14	24	83	44	4	169
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA. Disponibilidade e capacidade de resposta às situações colocadas:	10	25	75	50	7	167
14-ATENÇÃO prestada pelos enfermeiros ao estado de saúde do utente:	12	19	82	47	6	166
15-GENTILEZA E CARINHO. Cortesia e respeito com que o utente é tratado pelos enfermeiros.	19	23	87	33	3	165
16-INFORMAÇÃO. A forma como os enfermeiros comunicam com os utentes familiares e restantes funcionários da instituição	15	21	79	46	4	165
17-COORDENAÇÃO. Forma como os enfermeiros trabalham em equipa para cuidarem o utente.	6	24	83	46	3	162
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO. Forma como viu os cuidados de enfermagem evoluírem:	9	20	75	57	4	165

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

- 1- EXCELENTE
- 2- MUITO BOM
- 3- BOM
- 4- SATISFAZ
- 5- NÃO SATISFAZ

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Máxi.
11-ASPECTOS TÉCNICOS. Forma como o pessoal de enfermagem desempenha as suas actividades: medicação, tratamentos, actuação em urgências.	169	3.0	0.9	30%	1	5
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA. Disponibilidade e capacidade de resposta às situações colocadas:	167	3.1	0.9	30%	1	5
14-ATENÇÃO prestada pelos enfermeiros ao estado de saúde do utente:	166	3.1	0.9	29%	1	5
15-GENTILEZA E CARINHO. Cortesia e respeito com que o utente é tratado pelos enfermeiros.	165	2.9	0.9	32%	1	5
16-INFORMAÇÃO. A forma como os enfermeiros comunicam com os utentes familiares e restantes funcionários da instituição	165	3.0	0.9	31%	1	5
17-COORDENAÇÃO. Forma como os enfermeiros trabalham em equipa para cuidarem o utente.	162	3.1	0.8	26%	1	5
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO. Forma como viu os cuidados de enfermagem evoluírem:	165	3.2	0.9	28%	1	5

Frequências das respostas assinaladas na questão 12

	Frequência de respostas assinaladas	% relativa aos que assinalaram Satisfaz ou Não Satisfaz
12.a- Medicação	37	77%
12.b- Tratamentos	36	75%
12.c- Actuação em urgências	53	110%

AValiação DO PESSOAL MÉDICO

Tabela de frequências absolutas de respostas

	1	2	3	4	5	Total
19-ASPECTOS TÉCNICOS: Forma como os médicos fazem o diagnóstico, como examinam e como tratam o utente.	21	30	73	42	3	169
21-ATENÇÃO prestada pelos médicos ao estado de saúde do utente:	18	29	80	36	4	167
22-DISPONIBILIDADE. Facilidade do utente falar com o seu médico:	15	31	71	44	6	167
23-GENTILEZA E CARINHO. Cortesia e respeito com o utente é tratado pelos médicos:	23	26	72	44	2	167
24-INFORMAÇÃO. A forma como os médicos comunicam com os utentes, familiares e restantes funcionários da instituição.	15	16	85	46	3	165
25-COORDENAÇÃO. Forma como os médicos trabalham em equipa para tratarem o utente.	13	9	92	47	2	163
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO. Forma como viu os cuidados médicos evoluírem:	13	15	77	55	5	165

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

- 1- EXCELENTE
- 2- MUITO BOM
- 3- BOM
- 4- SATISFAZ
- 5- NÃO SATISFAZ

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Max.
19-ASPECTOS TÉCNICOS: Forma como os médicos fazem o diagnóstico, como examinam e como tratam o utente.	169	2.9	1.0	35%	1	5
21-ATENÇÃO prestada pelos médicos ao estado de saúde do utente:	167	2.9	1.0	33%	1	5
22-DISPONIBILIDADE. Facilidade do utente falar com o seu médico:	167	3.0	1.0	33%	1	5
23-GENTILEZA E CARINHO. Cortesia e respeito com o utente é	167	2.9	1.0	35%	1	5

tratado pelos médicos:						
24-INFORMAÇÃO. A forma como os médicos comunicam com os utentes, familiares e restantes funcionários da instituição.	165	3.0	0.9	30%	1	5
25-COORDENAÇÃO. Forma como os médicos trabalham em equipa para tratarem o utente.	163	3.1	0.8	27%	1	5
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO. Forma como viu os cuidados médicos evoluírem:	165	3.1	0.9	29%	1	5

Frequências das respostas assinaladas na questão 20

	Frequência de respostas assinaladas
20.a- Como o examina	30
20.b- Como faz o diagnóstico	42
20.c- Como explica o seu tratamento (medicação)	34

AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL

Tabela de frequências absolutas de respostas

	1	2	3	4	5	Total
27-ASSISTENTES SOCIAIS. Forma como desempenham a sua função e se relacionam com o utente seus familiares e com outros profissionais.	23	38	66	33	8	168
28-FISIOTERAPEUTAS. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	10	38	64	42	10	164
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	12	35	60	48	9	164
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	9	12	73	65	6	165
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA (todos os funcionários de apoio ao Idoso que não sejam do SAD). Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	15	31	65	50	6	167

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

- 1- EXCELENTE
- 2- MUITO BOM
- 3- BOM
- 4- SATISFAZ
- 5- NÃO SATISFAZ

Estadísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Min.	Max.
27-ASSISTENTES SOCIAIS. Forma como desempenham a sua função e se relacionam com o utente seus familiares e com outros profissionais.	168	2.8	1.1	38%	1	5
28-FISIOTERAPEUTAS. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	164	3.0	1.0	33%	1	5
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	164	3.0	1.0	33%	1	5
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA. Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	165	3.3	0.9	26%	1	5
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA (todos os funcionários de apoio ao Idoso que não sejam do SAD). Forma como desempenham as suas tarefas e se relacionam com o utente e outros profissionais.	167	3.0	1.0	33%	1	5

AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

Tabela de frequências absolutas de respostas

	1	2	3	4	5	Total
32-PRIVACIDADE. Forma como a privacidade do utente é assegurada.	14	27	68	52	8	169
33-O QUARTO. Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.	26	20	73	43	7	167
35-EQUIPAMENTO DE APOIO. Possibilidade de utilizar cadeira de rodas, bengala, andariço, etc.	4	34	49	61	9	167
36-AMBIENTE CALMO. É assegurado um ambiente calmo e sereno, é respeitado o período de silêncio nocturno.	11	39	59	52	8	165
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO. No geral: sabor, temperatura, variedade e quantidade disponível. Adequada às necessidades de saúde do utente.	4	12	33	68	52	163
38-VISITAS. Amabilidade e simpatia com que os familiares dos utentes são recebidos pelos funcionários da instituição.	24	25	80	33	1	165

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Max.
32-PRIVACIDADE. Forma como a privacidade do utente é assegurada.	169	3.1	1.0	32%	1	5
33-O QUARTO. Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.	169	2.9	1.1	37%	1	5
35-EQUIPAMENTO DE APOIO. Possibilidade de utilizar cadeira de rodas, bengala, andarlho, etc.	157	3.2	0.9	29%	1	5
36-AMBIENTE CALMO. É assegurado um ambiente calmo e sereno, é respeitado o período de silêncio nocturno.	169	3.0	1.0	33%	1	5
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO. No geral: sabor, temperatura, variedade e quantidade disponível. Adequada às necessidades de saúde do utente.	169	3.9	1.0	26%	1	5
38-VISITAS. Amabilidade e simpatia com que os familiares dos utentes são recebidos pelos funcionários da instituição.	163	2.8	1.0	35%	1	5

Frequências das respostas assinaladas na questão 34

	Frequência de respostas assinaladas
Limpeza	48
Conforto	41
Iluminação	29
Temperatura	32

OPINIÃO GERAL

Tabela de frequências absolutas de respostas

	1	2	3	4	5	Total
39-QUALIDADE GLOBAL: Impressão geral sobre a qualidade dos cuidados prestados.	12	27	76	53	1	169
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO. Na sua percepção a reputação que esta instituição tem na comunidade.	24	49	58	33	3	163

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

- 1- EXCELENTE
- 2- MUITO BOM
- 3- BOM
- 4- SATISFAZ
- 5- NÃO SATISFAZ

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
39-QUALIDADE GLOBAL: Impressão geral sobre a qualidade dos cuidados prestados.	169	3.1	1.0	32%	1	5
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO. Na sua percepção a reputação que esta instituição tem na comunidade.	163	2.8	1.0	35%	1	5

	1	2	3	4	Total
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO a um familiar ou amigo?	131	27	9	1	168

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1. CLARO QUE SIM
2. PROVAVELMENTE SIM
3. PROVAVELMENTE NÃO
4. CLARO QUE NÃO

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Max.
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO a um familiar ou amigo?	168	1.3	0.6	46%	1	4

VALORES MÉDIOS OBSERVADOS NA AVALIAÇÃO DAS 4 DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Max.
AVALIAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM	164	3.1	0.8	25%	1.0	5.0
AVALIAÇÃO DO PESSOAL MÉDICO	167	3.0	0.8	28%	1.0	5.0
AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL	168	3.0	0.8	26%	1.0	4.6
CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO	169	3.2	0.7	22%	1.5	4.7

**TABELAS ESTATÍSTICAS RESULTANTES DO CÁLCULO DE
INTERVALOS DE CONFIANÇA NAS 4 DIMENSÕES**

AVALIAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
11-ASPECTOS TÉCNICOS	3.00	2.86	3.14
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	3.11	2.97	3.25
14-ATENÇÃO	3.10	2.96	3.24
15-GENTILEZA E CARINHO	2.87	2.72	3.01
16-INFORMAÇÃO	3.02	2.87	3.16
17-COORDENAÇÃO	3.10	2.97	3.22
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	3.16	3.03	3.30

AVALIAÇÃO DO PESSOAL MÉDICO

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
19-ASPECTOS TÉCNICOS	2.86	2.71	3.01
21-ATENÇÃO	2.87	2.73	3.02
22-DISPONIBILIDADE	2.97	2.82	3.12
23-GENTILEZA E CARINHO	2.86	2.70	3.01
24-INFORMAÇÃO	3.04	2.90	3.18
25-COORDENAÇÃO	3.10	2.97	3.23
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	3.15	3.00	3.29

AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
27-ASSISTENTES SOCIAIS	2.79	2.63	2.95
28-FISIOTERAPEUTAS	3.02	2.87	3.18
29-ANIMAÇÃO SOCIO- CULTURAL	3.04	2.89	3.20
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	3.28	3.15	3.42
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	3.01	2.85	3.16

CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
32-PRIVACIDADE	3.08	2.93	3.23
33-O QUARTO	2.91	2.75	3.07
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	3.24	3.09	3.38
36-AMBIENTE CALMO	3.04	2.89	3.19
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	3.90	3.75	4.05
38-VISITAS	2.77	2.62	2.92

AS 4 DIMENSÕES

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
I - AVALIAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM	3.05	2.93	3.17
II- AVALIAÇÃO DO PESSOAL MÉDICO	2.97	2.85	3.10
III - AVALIAÇÃO DE OUTRO PESSOAL	3.03	2.91	3.15
IV - CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO	3.16	3.05	3.27

TABELAS ESTATÍSTICAS DA VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Resumo do resultado do teste *t de student* para relacionar a Dimensão: Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável sexo (H 1.1).

		Teste de Levene		t	Teste t	
		F	Sig.		gl	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Variâncias iguais	1.556	.214	.508	167	.612
	Variâncias diferentes			.501	147.736	.617
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Variâncias iguais	.006	.938	-.239	165	.811
	Variâncias diferentes			-.237	150.080	.813
14-ATENÇÃO	Variâncias iguais	.003	.954	-.333	164	.739
	Variâncias diferentes			-.332	151.043	.740
15-GENTILEZA E CARINHO	Variâncias iguais	.733	.393	.248	163	.804
	Variâncias diferentes			.251	156.530	.802
16-INFORMAÇÃO	Variâncias iguais	.006	.940	-.217	163	.829
	Variâncias diferentes			-.215	145.426	.830
17-COORDENAÇÃO	Variâncias iguais	1.195	.276	.213	160	.831
	Variâncias diferentes			.210	138.909	.834
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Variâncias iguais	.915	.340	-.708	163	.480
	Variâncias diferentes			-.693	138.224	.490

Resumo dos resultados dos teste de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável “idade” (H 1.2).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
11-ASPECTOS TÉCNICOS	.813	3	165	.488
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	.448	3	163	.719
14-ATENÇÃO	.066	3	162	.978
15-GENTILEZA E CARINHO	2.108	3	161	.101
16-INFORMAÇÃO	1.453	3	161	.229
17-COORDENAÇÃO	.804	3	158	.494
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	1.000	3	161	.395

ANOVA

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	3.982	3	1.327	1.610	.189
	Dentro dos grupos	136.018	165	.824		
	Total	140.000	168			
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Entre grupos	1.609	3	.536	.628	.598
	Dentro dos grupos	139.229	163	.854		
	Total	140.838	166			
14-ATENÇÃO	Entre grupos	.916	3	.305	.365	.779
	Dentro dos grupos	135.542	162	.837		
	Total	136.458	165			
15-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	3.611	3	1.204	1.410	.242
	Dentro dos grupos	137.455	161	.854		
	Total	141.067	164			
16-INFORMAÇÃO	Entre grupos	2.677	3	.892	1.024	.383
	Dentro dos grupos	140.268	161	.871		
	Total	142.945	164			
17-COORDENAÇÃO	Entre grupos	2.123	3	.708	1.093	.354
	Dentro dos grupos	102.297	158	.647		
	Total	104.420	161			
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Entre grupos	1.368	3	.456	.596	.619
	Dentro dos grupos	123.214	161	.765		
	Total	124.582	164			

**Resumo dos resultados dos teste de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável “local de alojamento” (H_{1,3}).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
11-ASPECTOS TÉCNICOS	3.561	5	163	.004
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	1.661	5	161	.147
14-ATENÇÃO	2.286	5	160	.049
15-GENTILEZA E CARINHO	2.268	5	159	.050
16-INFORMAÇÃO	1.588	5	159	.166
17-COORDENAÇÃO	2.578	5	156	.029
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	3.821	5	159	.003

ANOVA

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	5.344	5	1.069	1.294	.269
	Dentro dos grupos	134.656	163	.826		
	Total	140.000	168			
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Entre grupos	10.918	5	2.184	2.706	.022
	Dentro dos grupos	129.921	161	.807		
	Total	140.838	166			
14-ATENÇÃO	Entre grupos	5.976	5	1.195	1.466	.204
	Dentro dos grupos	130.482	160	.816		
	Total	136.458	165			
15-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	8.337	5	1.667	1.997	.082
	Dentro dos grupos	132.730	159	.835		
	Total	141.067	164			
16-INFORMAÇÃO	Entre grupos	8.460	5	1.692	2.001	.081
	Dentro dos grupos	134.485	159	.846		
	Total	142.945	164			
17-COORDENAÇÃO	Entre grupos	3.536	5	.707	1.094	.366
	Dentro dos grupos	100.884	156	.647		
	Total	104.420	161			
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Entre grupos	4.465	5	.893	1.182	.320
	Dentro dos grupos	120.117	159	.755		
	Total	124.582	164			

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	4.055	5	0.542
14-ATENÇÃO	5.538	5	0.354
15-GENTILEZA E CARINHO	8.891	5	0.113
17-COORDENAÇÃO	3.954	5	0.556
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	4.777	5	0.444

**Resumo dos resultados dos teste de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável “situação familiar” (H 1.4).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
11-ASPECTOS TÉCNICOS	.443	3	165	.723
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	1.441	3	163	.233
14-ATENÇÃO	3.354	3	162	.020
15-GENTILEZA E CARINHO	3.326	3	161	.021
16-INFORMAÇÃO	4.743	3	161	.003
17-COORDENAÇÃO	3.837	3	158	.011
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	1.901	3	161	.132

ANOVA

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	3.133	3	1.044	1.259	.290
	Dentro dos grupos	136.867	165	.829		
	Total	140.000	168			
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Entre grupos	6.845	3	2.282	2.776	.043
	Dentro dos grupos	133.993	163	.822		
	Total	140.838	166			
14-ATENÇÃO	Entre grupos	1.362	3	.454	.545	.652
	Dentro dos grupos	135.095	162	.834		
	Total	136.458	165			
15-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	8.885	3	2.962	3.607	.015
	Dentro dos grupos	132.182	161	.821		
	Total	141.067	164			
16-INFORMAÇÃO	Entre grupos	4.053	3	1.351	1.566	.200
	Dentro dos grupos	138.892	161	.863		
	Total	142.945	164			
17-COORDENAÇÃO	Entre grupos	2.220	3	.740	1.144	.333
	Dentro dos grupos	102.200	158	.647		
	Total	104.420	161			
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Entre grupos	1.208	3	.403	.525	.665
	Dentro dos grupos	123.374	161	.766		
	Total	124.582	164			

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
14-ATENÇÃO	1.904	3	0.593
15-GENTILEZA E CARINHO	8.188	3	0.042
16-INFORMAÇÃO	2.425	3	0.489
17-COORDENAÇÃO	1.692	3	0.639

**Resumo dos resultados dos teste de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável “grau de ensino” (H 1.5).**

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
11-ASPECTOS TÉCNICOS	1.739	3	164	.161
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	4.535	3	162	.004
14-ATENÇÃO	3.184	3	161	.025
15-GENTILEZA E CARINHO	1.647	3	160	.181
16-INFORMAÇÃO	1.043	3	160	.375
17-COORDENAÇÃO	4.338	3	157	.006
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	.381	3	160	.767

ANOVA

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	.528	3	.176	.209	.890
	Dentro dos grupos	138.466	164	.844		
	Total	138.994	167			
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Entre grupos	.452	3	.151	.175	.913
	Dentro dos grupos	139.596	162	.862		
	Total	140.048	165			
14-ATENÇÃO	Entre grupos	.877	3	.292	.347	.791
	Dentro dos grupos	135.572	161	.842		
	Total	136.448	164			
15-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	1.769	3	.590	.677	.567
	Dentro dos grupos	139.280	160	.870		
	Total	141.049	163			
16-INFORMAÇÃO	Entre grupos	2.109	3	.703	.804	.493
	Dentro dos grupos	139.867	160	.874		
	Total	141.976	163			
17-COORDENAÇÃO	Entre grupos	.504	3	.168	.256	.857
	Dentro dos grupos	103.098	157	.657		
	Total	103.602	160			
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Entre grupos	.278	3	.093	.119	.949
	Dentro dos grupos	124.277	160	.777		
	Total	124.555	163			

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	1.162	3	0.762
14-ATENÇÃO	1.125	3	0.771
17-COORDENAÇÃO	0.708	3	0.871

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: Avaliação do Pessoal de enfermagem com a variável “rendimento médio mensal”(H 1.6).

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
11-ASPECTOS TÉCNICOS	2.970	3	135	.034
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	2.278	3	133	.083
14-ATENÇÃO	1.967	3	133	.122
15-GENTILEZA E CARINHO	.842	3	132	.473
16-INFORMAÇÃO	.775	3	132	.510
17-COORDENAÇÃO	1.538	3	129	.208
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	.733	3	131	.534

ANOVA

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	2.404	3	.801	.935	.426
	Dentro dos grupos	115.725	135	.857		
	Total	118.129	138			
13-RESPOSTA DOS ENFERMEIROS À CHAMADA	Entre grupos	1.175	3	.392	.479	.698
	Dentro dos grupos	108.796	133	.818		
	Total	109.971	136			
14-ATENÇÃO	Entre grupos	.667	3	.222	.252	.860
	Dentro dos grupos	117.216	133	.881		
	Total	117.883	136			
15-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	.740	3	.247	.275	.843
	Dentro dos grupos	118.290	132	.896		
	Total	119.029	135			
16-INFORMAÇÃO	Entre grupos	.671	3	.224	.246	.864
	Dentro dos grupos	120.145	132	.910		
	Total	120.816	135			
17-COORDENAÇÃO	Entre grupos	.504	3	.168	.260	.854
	Dentro dos grupos	83.376	129	.646		
	Total	83.880	132			
18-AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ANO	Entre grupos	2.043	3	.681	.906	.440
	Dentro dos grupos	98.505	131	.752		
	Total	100.548	134			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
11-ASPECTOS TÉCNICOS	3.362	3	0.339

**Resumo dos resultados dos testes *t de student* para relacionar a Dimensão:
Avaliação do Pessoal de Médico com a variável sexo (H 1.7).**

		Teste de Levene		Teste t		
		F	Sig.	t	gl	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Variâncias iguais	.649	.422	-.389	167	.698
	Variâncias diferentes			-.386	152.322	.700
21-ATENÇÃO	Variâncias iguais	.198	.657	-.647	165	.519
	Variâncias diferentes			-.644	150.692	.520
22-DISPONIBILIDADE	Variâncias iguais	.129	.720	.025	165	.980
	Variâncias diferentes			.025	147.031	.980
23-GENTILEZA E CARINHO	Variâncias iguais	2.236	.137	-.881	165	.379
	Variâncias diferentes			-.868	143.451	.387
24-INFORMAÇÃO	Variâncias iguais	.217	.642	-.622	163	.535
	Variâncias diferentes			-.612	140.925	.541
25-COORDENAÇÃO	Variâncias iguais	.406	.525	-1.296	161	.197
	Variâncias diferentes			-1.260	130.827	.210
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	Variâncias iguais	.029	.864	-1.626	163	.106
	Variâncias diferentes			-1.597	140.945	.112

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Avaliação do pessoal médico” com a variável “idade” (H 1.8).**

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
19-ASPECTOS TÉCNICOS	2.287	3	165	.081
21-ATENÇÃO	.334	3	163	.801
22-DISPONIBILIDADE	.048	3	163	.986
23-GENTILEZA E CARINHO	.918	3	163	.434
24-INFORMAÇÃO	.996	3	161	.396
25-COORDENAÇÃO	.619	3	159	.603
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	2.388	3	161	.063

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	3.639	3	1.213	1.243	.296
	Dentro dos grupos	160.953	165	.975		
	Total	164.592	168			
21-ATENÇÃO	Entre grupos	7.143	3	2.381	2.710	.047
	Dentro dos grupos	143.216	163	.879		
	Total	150.359	166			
22-DISPONIBILIDADE	Entre grupos	6.028	3	2.009	2.143	.097
	Dentro dos grupos	152.823	163	.938		
	Total	158.850	166			
23-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	3.123	3	1.041	1.038	.377
	Dentro dos grupos	163.428	163	1.003		
	Total	166.551	166			
24-INFORMAÇÃO	Entre grupos	3.497	3	1.166	1.441	.233
	Dentro dos grupos	130.284	161	.809		
	Total	133.782	164			
25-COORDENAÇÃO	Entre grupos	4.806	3	1.602	2.323	.077
	Dentro dos grupos	109.624	159	.689		
	Total	114.429	162			
26-AVALIAÇÃO DURANTE O	Entre grupos	2.243	3	.748	.883	.451

ÚLTIMO ANO	Dentro dos grupos	136.266	161	.846
	Total	138.509	164	

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Avaliação do pessoal médico” com a variável “local de alojamento” (H_{1.9}).

		Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova	
19-ASPECTOS TÉCNICOS		1.328	5	163	.255	
21-ATENÇÃO		1.318	5	161	.259	
22-DISPONIBILIDADE		1.402	5	161	.226	
23-GENTILEZA E CARINHO		3.624	5	161	.004	
24-INFORMAÇÃO		1.405	5	159	.225	
25-COORDENAÇÃO		2.088	5	157	.070	
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO		2.989	5	159	.013	
		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	9.459	5	1.892	1.988	.083
	Dentro dos grupos	155.133	163	.952		
	Total	164.592	168			
21-ATENÇÃO	Entre grupos	6.278	5	1.256	1.403	.226
	Dentro dos grupos	144.081	161	.895		
	Total	150.359	166			
22-DISPONIBILIDADE	Entre grupos	5.348	5	1.070	1.122	.351
	Dentro dos grupos	153.503	161	.953		
	Total	158.850	166			
23-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	9.560	5	1.912	1.961	.087
	Dentro dos grupos	156.991	161	.975		
	Total	166.551	166			
24-INFORMAÇÃO	Entre grupos	6.700	5	1.340	1.677	.143
	Dentro dos grupos	127.081	159	.799		
	Total	133.782	164			
25-COORDENAÇÃO	Entre grupos	6.411	5	1.282	1.864	.104
	Dentro dos grupos	108.019	157	.688		
	Total	114.429	162			
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	Entre grupos	5.210	5	1.042	1.243	.292
	Dentro dos grupos	133.300	159	.838		
	Total	138.509	164			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
23-GENTILEZA E CARINHO	10.642	5	0.059
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	5.082	5	0.406

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Avaliação do pessoal médico” com a variável “situação familiar” (H_{1.10}).

		Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
19-ASPECTOS TÉCNICOS		.255	3	165	.858
21-ATENÇÃO		.801	3	163	.495
22-DISPONIBILIDADE		1.712	3	163	.167
23-GENTILEZA E CARINHO		1.379	3	163	.251
24-INFORMAÇÃO		1.294	3	161	.279
25-COORDENAÇÃO		2.474	3	159	.064

26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	2.106	3	161	.102
-----------------------------------	-------	---	-----	------

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	3.539	3	1.180	1.209	.308
	Dentro dos grupos	161.053	165	.976		
	Total	164.592	168			
21-ATENÇÃO	Entre grupos	6.188	3	2.063	2.332	.076
	Dentro dos grupos	144.171	163	.884		
	Total	150.359	166			
22-DISPONIBILIDADE	Entre grupos	4.180	3	1.393	1.468	.225
	Dentro dos grupos	154.671	163	.949		
	Total	158.850	166			
23-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	5.647	3	1.882	1.907	.131
	Dentro dos grupos	160.904	163	.987		
	Total	166.551	166			
24-INFORMAÇÃO	Entre grupos	9.191	3	3.064	3.959	.009
	Dentro dos grupos	124.591	161	.774		
	Total	133.782	164			
25-COORDENAÇÃO	Entre grupos	4.477	3	1.492	2.158	.095
	Dentro dos grupos	109.953	159	.692		
	Total	114.429	162			
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	Entre grupos	1.960	3	.653	.770	.512
	Dentro dos grupos	136.549	161	.848		
	Total	138.509	164			

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Avaliação do pessoal médico” com a variável “grau de ensino” (H_{1.11}).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
19-ASPECTOS TÉCNICOS	1.111	3	164	.346
21-ATENÇÃO	.864	3	162	.461
22-DISPONIBILIDADE	.675	3	162	.569
23-GENTILEZA E CARINHO	1.288	3	162	.280
24-INFORMAÇÃO	1.153	3	160	.329
25-COORDENAÇÃO	2.718	3	158	.047
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	2.710	3	160	.047

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	1.587	3	.529	.532	.661
	Dentro dos grupos	162.985	164	.994		
	Total	164.571	167			
21-ATENÇÃO	Entre grupos	1.045	3	.348	.378	.769
	Dentro dos grupos	149.298	162	.922		
	Total	150.343	165			
22-DISPONIBILIDADE	Entre grupos	2.332	3	.777	.810	.490
	Dentro dos grupos	155.451	162	.960		
	Total	157.783	165			
23-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	.045	3	.015	.015	.998
	Dentro dos grupos	166.485	162	1.028		
	Total	166.530	165			
24-INFORMAÇÃO	Entre grupos	.449	3	.150	.181	.909
	Dentro dos grupos	132.399	160	.827		
	Total	132.848	163			
25-COORDENAÇÃO	Entre grupos	.719	3	.240	.333	.801

	Dentro dos grupos	113.700	158	.720		
	Total	114.420	161			
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	Entre grupos	.181	3	.060	.070	.976
	Dentro dos grupos	138.307	160	.864		
	Total	138.488	163			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
25-COORDENAÇÃO	1.927	3	0.588
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	0.664	3	0.882

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Avaliação do pessoal médico” com a variável “rendimento médio mensal” (H_{1.12}).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
19-ASPECTOS TÉCNICOS	1.496	3	135	.218
21-ATENÇÃO	1.885	3	133	.135
22-DISPONIBILIDADE	.988	3	133	.401
23-GENTILEZA E CARINHO	.129	3	133	.943
24-INFORMAÇÃO	2.468	3	131	.065
25-COORDENAÇÃO	.892	3	129	.447
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	.662	3	131	.577

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
19-ASPECTOS TÉCNICOS	Entre grupos	2.863	3	.954	.979	.405
	Dentro dos grupos	131.540	135	.974		
	Total	134.403	138			
21-ATENÇÃO	Entre grupos	1.629	3	.543	.608	.611
	Dentro dos grupos	118.736	133	.893		
	Total	120.365	136			
22-DISPONIBILIDADE	Entre grupos	6.022	3	2.007	2.208	.090
	Dentro dos grupos	120.912	133	.909		
	Total	126.934	136			
23-GENTILEZA E CARINHO	Entre grupos	1.610	3	.537	.552	.648
	Dentro dos grupos	129.280	133	.972		
	Total	130.891	136			
24-INFORMAÇÃO	Entre grupos	1.923	3	.641	.785	.504
	Dentro dos grupos	107.010	131	.817		
	Total	108.933	134			
25-COORDENAÇÃO	Entre grupos	.367	3	.122	.171	.916
	Dentro dos grupos	92.550	129	.717		
	Total	92.917	132			
26-AVALIAÇÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO	Entre grupos	.796	3	.265	.308	.820
	Dentro dos grupos	112.938	131	.862		
	Total	113.733	134			

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “sexo” (H 1.13).**

		Teste de Levene		Teste t		
		F	Sig.	t	gl	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Variâncias iguais	3.053	.082	-.262	166	.793
	Variâncias diferentes			-.258	144.356	.797
28-FISIOTERAPEUTAS	Variâncias iguais	.815	.368	-.912	162	.363
	Variâncias diferentes			-.898	141.212	.371
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Variâncias iguais	3.674	.057	-.011	162	.991
	Variâncias diferentes			-.012	161.251	.991
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Variâncias iguais	.432	.512	.037	163	.970
	Variâncias diferentes			.037	151.818	.971
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Variâncias iguais	.326	.569	-.693	165	.489
	Variâncias diferentes			-.691	153.054	.491

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “idade” (H 1.14).**

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
27-ASSISTENTES SOCIAIS	3.075	3	164	.029
28-FISIOTERAPEUTAS	2.141	3	160	.097
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	.107	3	160	.956
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	3.049	3	161	.030
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	.478	3	163	.698

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Entre grupos	.944	3	.315	.276	.842
	Dentro dos grupos	186.764	164	1.139		
	Total	187.708	167			
28-FISIOTERAPEUTAS	Entre grupos	2.447	3	.816	.829	.480
	Dentro dos grupos	157.456	160	.984		
	Total	159.902	163			
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Entre grupos	3.637	3	1.212	1.190	.316
	Dentro dos grupos	163.064	160	1.019		
	Total	166.701	163			
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Entre grupos	1.133	3	.378	.497	.685
	Dentro dos grupos	122.479	161	.761		
	Total	123.612	164			
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Entre grupos	4.122	3	1.374	1.392	.247
	Dentro dos grupos	160.872	163	.987		
	Total	164.994	166			

Kruskall-Wallis

	Qui-quadrado	gl	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	1.153	3	0.764
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	1.139	3	0.768

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “local de alojamento” (H 1.15).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
27-ASSISTENTES SOCIAIS	1.547	5	162	.178
28-FISIOTERAPEUTAS	1.839	5	158	.108
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	.561	5	158	.730
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	.622	5	159	.683
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	2.228	5	161	.054

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Entre grupos	10.948	5	2.190	2.007	.080
	Dentro dos grupos	176.760	162	1.091		
	Total	187.708	167			
28-FISIOTERAPEUTAS	Entre grupos	13.813	5	2.763	2.988	.013
	Dentro dos grupos	146.090	158	.925		
	Total	159.902	163			
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Entre grupos	21.313	5	4.263	4.632	.001
	Dentro dos grupos	145.388	158	.920		
	Total	166.701	163			
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Entre grupos	6.259	5	1.252	1.696	.138
	Dentro dos grupos	117.353	159	.738		
	Total	123.612	164			
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Entre grupos	22.914	5	4.583	5.193	.000
	Dentro dos grupos	142.080	161	.882		
	Total	164.994	166			

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “situação familiar” (H 1.16).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
27-ASSISTENTES SOCIAIS	1.739	3	164	.161
28-FISIOTERAPEUTAS	1.660	3	160	.178
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	3.898	3	160	.010
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	3.550	3	161	.016
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	1.167	3	163	.324

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Entre grupos	5.826	3	1.942	1.751	.159
	Dentro dos grupos	181.882	164	1.109		
	Total	187.708	167			
28-FISIOTERAPEUTAS	Entre grupos	2.040	3	.680	.689	.560
	Dentro dos grupos	157.862	160	.987		
	Total	159.902	163			
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Entre grupos	.968	3	.323	.312	.817
	Dentro dos grupos	165.733	160	1.036		
	Total	166.701	163			
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Entre grupos	2.006	3	.669	.885	.450
	Dentro dos grupos	121.606	161	.755		
	Total	123.612	164			
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Entre grupos	2.772	3	.924	.929	.428
	Dentro dos grupos	162.222	163	.995		
	Total	164.994	166			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	1.700	3	0.637
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	1.114	3	0.774

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:

“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “grau de ensino” (H 1.17).

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
27-ASSISTENTES SOCIAIS	1.916	3	163	.129
28-FISIOTERAPEUTAS	.474	3	159	.701
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	.528	3	159	.663
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	.650	3	160	.584
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	.129	3	162	.943

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Entre grupos	4.492	3	1.497	1.369	.254
	Dentro dos grupos	178.310	163	1.094		
	Total	182.802	166			
28-FISIOTERAPEUTAS	Entre grupos	4.160	3	1.387	1.452	.230
	Dentro dos grupos	151.816	159	.955		
	Total	155.975	162			
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Entre grupos	9.158	3	3.053	3.099	.028
	Dentro dos grupos	156.621	159	.985		
	Total	165.779	162			
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Entre grupos	.768	3	.256	.335	.800
	Dentro dos grupos	122.329	160	.765		
	Total	123.098	163			
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Entre grupos	13.419	3	4.473	4.812	.003
	Dentro dos grupos	150.581	162	.930		
	Total	164.000	165			

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:

“Avaliação de outro pessoal ” com a variável “rendimento médio mensal” (H 1.18).

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
27-ASSISTENTES SOCIAIS	.992	3	134	.399
28-FISIOTERAPEUTAS	1.405	3	132	.244
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	.421	3	132	.738
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	1.510	3	131	.215
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	2.070	3	133	.107

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
27-ASSISTENTES SOCIAIS	Entre grupos	3.503	3	1.168	1.221	.305
	Dentro dos grupos	128.120	134	.956		
	Total	131.623	137			
28-FISIOTERAPEUTAS	Entre grupos	.715	3	.238	.267	.849
	Dentro dos grupos	117.924	132	.893		
	Total	118.640	135			
29-ANIMAÇÃO SOCIO-CULTURAL	Entre grupos	2.455	3	.818	.815	.488
	Dentro dos grupos	132.479	132	1.004		
	Total	134.934	135			
30-AJUDANTES DE ENFERMARIA	Entre grupos	.556	3	.185	.235	.872
	Dentro dos grupos	103.044	131	.787		
	Total	103.600	134			
31-AJUDANTES DE ACÇÃO DIRECTA	Entre grupos	2.102	3	.701	.777	.509
	Dentro dos grupos	120.014	133	.902		
	Total	122.117	136			

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e t de Student* para relacionar a Dimensão: “Condições de Alojamento ” com a variável “Sexo” (H 1.19).

		Teste de Levene		Teste t		
		F	Sig.	t	gl	Sig.
32-PRIVACIDADE	Variâncias iguais	.930	.336	-1.518	167	.131
	Variâncias diferentes			-1.517	156.836	.131
33-O QUARTO	Variâncias iguais	5.467	.021	-.928	167	.355
	Variâncias diferentes			-.911	144.151	.364
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Variâncias iguais	.699	.404	1.152	155	.251
	Variâncias diferentes			1.162	150.477	.247
36-AMBIENTE CALMO	Variâncias iguais	.002	.961	-1.257	167	.210
	Variâncias diferentes			-1.257	156.595	.211
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Variâncias iguais	9.087	.003	-1.175	167	.242
	Variâncias diferentes			-1.139	133.975	.257
38-VISITAS	Variâncias iguais	1.504	.222	-.161	161	.873
	Variâncias diferentes			-.159	147.540	.874

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Condições de Alojamento ” com a variável “Idade” (H 1.20).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
32-PRIVACIDADE	.903	3	165	.441
33-O QUARTO	6.195	3	165	.001
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	.900	3	153	.443
36-AMBIENTE CALMO	1.394	3	165	.246
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	.904	3	165	.441
38-VISITAS	1.352	3	159	.260

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
32-PRIVACIDADE	Entre grupos	.737	3	.246	.245	.865
	Dentro dos grupos	165.263	165	1.002		
	Total	166.000	168			
33-O QUARTO	Entre grupos	9.787	3	3.262	2.927	.035
	Dentro dos grupos	183.882	165	1.114		
	Total	193.669	168			
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Entre grupos	5.844	3	1.948	2.251	.085
	Dentro dos grupos	132.436	153	.866		
	Total	138.280	156			
36-AMBIENTE CALMO	Entre grupos	2.908	3	.969	.976	.405
	Dentro dos grupos	163.802	165	.993		
	Total	166.710	168			
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Entre grupos	7.389	3	2.463	2.542	.058
	Dentro dos grupos	159.900	165	.969		
	Total	167.290	168			
38-VISITAS	Entre grupos	2.886	3	.962	1.046	.374
	Dentro dos grupos	146.255	159	.920		
	Total	149.141	162			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
33-O QUARTO	8.573	3	0.036

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Condições de Alojamento ” com a variável “Local de Alojamento” (H_{1.21}).**

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
32-PRIVACIDADE	5.323	5	163	.000
33-O QUARTO	4.384	5	163	.001
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	2.231	5	151	.054
36-AMBIENTE CALMO	.791	5	163	.558
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	4.674	5	163	.001
38-VISITAS	2.976	5	157	.014

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
32-PRIVACIDADE	Entre grupos	24.438	5	4.888	5.628	.000
	Dentro dos grupos	141.562	163	.868		
	Total	166.000	168			
33-O QUARTO	Entre grupos	44.583	5	8.917	9.749	.000
	Dentro dos grupos	149.085	163	.915		
	Total	193.669	168			
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Entre grupos	41.871	5	8.374	13.116	.000
	Dentro dos grupos	96.409	151	.638		
	Total	138.280	156			
36-AMBIENTE CALMO	Entre grupos	8.607	5	1.721	1.775	.121
	Dentro dos grupos	158.103	163	.970		
	Total	166.710	168			
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Entre grupos	21.523	5	4.305	4.814	.000
	Dentro dos grupos	145.767	163	.894		
	Total	167.290	168			
38-VISITAS	Entre grupos	20.286	5	4.057	4.943	.000
	Dentro dos grupos	128.855	157	.821		
	Total	149.141	162			

Kruskall-Wallis

	Qui-quadrado	gl	Sig.
32-PRIVACIDADE	20.979	5	0.001
33-O QUARTO	32.050	5	0.000
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	23.967	5	0.000
38-VISITAS	21.247	5	0.001

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:

“Condições de Alojamento ” com a variável “Situação Familiar” ($H_{1.22}$).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
32-PRIVACIDADE	4.029	3	165	.008
33-O QUARTO	5.719	3	165	.001
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	.198	3	153	.898
36-AMBIENTE CALMO	2.112	3	165	.101
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	.117	3	165	.950
38-VISITAS	2.963	3	159	.034

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
32-PRIVACIDADE	Entre grupos	7.024	3	2.341	2.430	.067
	Dentro dos grupos	158.976	165	.963		
	Total	166.000	168			
33-O QUARTO	Entre grupos	.833	3	.278	.237	.870
	Dentro dos grupos	192.836	165	1.169		
	Total	193.669	168			
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Entre grupos	3.302	3	1.101	1.248	.295
	Dentro dos grupos	134.978	153	.882		
	Total	138.280	156			
36-AMBIENTE CALMO	Entre grupos	3.084	3	1.028	1.037	.378
	Dentro dos grupos	163.626	165	.992		
	Total	166.710	168			
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Entre grupos	3.478	3	1.159	1.168	.324
	Dentro dos grupos	163.812	165	.993		
	Total	167.290	168			
38-VISITAS	Entre grupos	7.028	3	2.343	2.621	.053
	Dentro dos grupos	142.113	159	.894		
	Total	149.141	162			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
32-PRIVACIDADE	5.813	3	0.121
33-O QUARTO	0.290	3	0.962
38-VISITAS	5.815	3	0.121

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Condições de Alojamento ” com a variável “Grau de Ensino” (H_{1.23}).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
32-PRIVACIDADE	.414	3	164	.743
33-O QUARTO	1.642	3	164	.182
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	2.820	3	152	.041
36-AMBIENTE CALMO	.687	3	164	.561
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	4.010	3	164	.009
38-VISITAS	1.764	3	158	.156

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
32-PRIVACIDADE	Entre grupos	4.880	3	1.627	1.664	.177
	Dentro dos grupos	160.263	164	.977		
	Total	165.143	167			
33-O QUARTO	Entre grupos	10.611	3	3.537	3.189	.025
	Dentro dos grupos	181.865	164	1.109		
	Total	192.476	167			
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Entre grupos	17.116	3	5.705	7.192	.000
	Dentro dos grupos	120.576	152	.793		
	Total	137.692	155			
36-AMBIENTE CALMO	Entre grupos	1.304	3	.435	.433	.729
	Dentro dos grupos	164.482	164	1.003		
	Total	165.786	167			
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Entre grupos	25.227	3	8.409	9.791	.000
	Dentro dos grupos	140.845	164	.859		
	Total	166.071	167			
38-VISITAS	Entre grupos	6.801	3	2.267	2.544	.058
	Dentro dos grupos	140.810	158	.891		
	Total	147.611	161			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	20.398	3	0.000
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	27.432	3	0.000

Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Condições de Alojamento” com a variável “Rendimento Médio Mensal” (H_{1.24}).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
32-PRIVACIDADE	2.438	3	135	.067
33-O QUARTO	1.888	3	135	.135
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	1.111	3	126	.347
36-AMBIENTE CALMO	.809	3	135	.491
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	.836	3	135	.476
38-VISITAS	2.041	3	131	.111

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
32-PRIVACIDADE	Entre grupos	1.959	3	.653	.678	.567
	Dentro dos grupos	129.926	135	.962		
	Total	131.885	138			
33-O QUARTO	Entre grupos	3.883	3	1.294	1.181	.319
	Dentro dos grupos	147.944	135	1.096		
	Total	151.827	138			
35-EQUIPAMENTO DE APOIO	Entre grupos	5.051	3	1.684	2.068	.108
	Dentro dos grupos	102.557	126	.814		
	Total	107.608	129			
36-AMBIENTE CALMO	Entre grupos	2.295	3	.765	.724	.540
	Dentro dos grupos	142.698	135	1.057		
	Total	144.993	138			
37-QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO	Entre grupos	7.634	3	2.545	2.811	.042
	Dentro dos grupos	122.194	135	.905		
	Total	129.827	138			
38-VISITAS	Entre grupos	2.653	3	.884	1.028	.382
	Dentro dos grupos	112.651	131	.860		
	Total	115.304	134			

Resumo dos resultados dos testes de *Levene* e *t de Student* para relacionar a Dimensão: “Opinião Geral ” com a variável “Sexo” (H_{1.25}).

		Teste de Levene		Teste t		
		F	Sig.	t	gl	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Variâncias iguais	1.517	.220	-.306	167	.760
	Variâncias diferentes			-.300	143.508	.765
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Variâncias iguais	.051	.822	-.561	165	.575
	Variâncias diferentes			-.563	157.040	.574

teste do Qui-Quadrado:

	Estatística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo
				Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	1.358(a)	3	.715	.868

a 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Resumo dos resultados dos testes de *Levene* e *ANOVA* para relacionar a Dimensão: “Opinião Geral ” com a variável “Idade” (H_{1.26}).

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
39-QUALIDADE GLOBAL	.659	3	165	.578
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	.543	3	163	.654

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Entre grupos	5.895	3	1.965	2.573	.056
	Dentro dos grupos	126.010	165	.764		
	Total	131.905	168			
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Entre grupos	5.090	3	1.697	1.678	.174
	Dentro dos grupos	164.767	163	1.011		
	Total	169.856	166			

No caso da questão 41 utiliza-se o teste do Qui-Quadrado:

	Estatística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	5.533(a)	9	.786	

a 11 cells (68.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Opinião Geral” com a variável “Local de Alojamento” (H_{1.27}).**

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
39-QUALIDADE GLOBAL	3.476	5	163	.005
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	.913	5	161	.474

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Entre grupos	16.697	5	3.339	4.725	.000
	Dentro dos grupos	115.209	163	.707		
	Total	131.905	168			
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Entre grupos	29.396	5	5.879	6.739	.000
	Dentro dos grupos	140.461	161	.872		
	Total	169.856	166			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	19.331	5	0.002

teste do Qui-Quadrado:

	Estatística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	19.496(a)	15	.192	.176

a 15 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Opinião Geral ” com a variável “Situação Familiar” (H 1.28).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
39-QUALIDADE GLOBAL	5.163	3	165	.002
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	.971	3	163	.408

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Entre grupos	4.892	3	1.631	2.118	.100
	Dentro dos grupos	127.013	165	.770		
	Total	131.905	168			
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Entre grupos	4.559	3	1.520	1.499	.217
	Dentro dos grupos	165.297	163	1.014		
	Total	169.856	166			

Kruskall-Wallis:

	Qui-quadrado	gl	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	4.474	3	0.215

teste do Qui-Quadrado:

	Estadística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	5.424(a)	9	.796	.774

a 10 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Opinião Geral ” com a variável “Grau de Ensino” (H 1.29).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
39-QUALIDADE GLOBAL	1.283	3	164	.282
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	1.223	3	162	.303



		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Entre grupos	8.746	3	2.915	3.912	.010
	Dentro dos grupos	122.201	164	.745		
	Total	130.946	167			
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Entre grupos	14.308	3	4.769	5.026	.002
	Dentro dos grupos	153.722	162	.949		
	Total	168.030	165			

teste do Qui-Quadrado:

	Estadística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	13.646(a)	9	.135	.119

a 9 cells (56.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

**Resumo dos resultados dos testes de *Levene e ANOVA* para relacionar a Dimensão:
“Opinião Geral ” com a variável “Rendimento Médio Mensal” (H_{1.30}).**

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig. ou valor de prova
39-QUALIDADE GLOBAL	.411	3	135	.745
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	1.054	3	133	.371

		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
39-QUALIDADE GLOBAL	Entre grupos	3.633	3	1.211	1.573	.199
	Dentro dos grupos	103.907	135	.770		
	Total	107.540	138			
40-IMAGEM DA SUA INSTITUIÇÃO	Entre grupos	3.380	3	1.127	1.201	.312
	Dentro dos grupos	124.780	133	.938		
	Total	128.161	136			

teste do Qui-Quadrado:

	Estadística	G.L.	Valor de prova	Monte Carlo Valor de prova
41-RECOMENDA ESTA INSTITUIÇÃO	22.008(a)	6	.001	.002

a 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.