

Cleves Leandra Machado

**Fatores Associados à Qualidade do Atendimento Presencial
ao Público no Setor da Saúde em Angola**

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Pereira

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Comunicação Arquitetura, Artes e Tecnologias da Informação**

Lisboa

2022

Cleves Leandra Machado

**Fatores Associados à Qualidade do Atendimento Presencial
ao Público no Setor da Saúde em Angola**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de mestre em Ciências da Comunicação, na variante de Marketing, no curso de mestrado em Ciências da Comunicação, Marketing e Publicidade, conferida pela Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa, no dia 20/01/2023, perante o júri nomeado pelo despacho nº73/2022 de 29 de dezembro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Rui Carlos Lemos Coreia Estrela

Arguente: Professora Doutora Paula Bela Rosa Luís Lopes

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Maria Carvalho Peixoto Bessa Pereira

Vogal: Professor Doutor Jorge Bruno Ventura

Universidade Lusófona - Centro Universitário de Lisboa

Escola de Comunicação Arquitetura, Artes e Tecnologias da Informação Lisboa

Lisboa

2022

Epígrafe

“Atendimento ao cliente não é uma técnica a ser implantada, mas uma postura a ser cultivada”.

Mário Persona

Agradecimentos

A presente Dissertação foi elaborada em homenagem ao meu irmão Evandro Pedro Machado, pois o mesmo acompanhou todo o meu processo evolutivo à nível acadêmico. Constatar no seu notebook projetos e sonhos por materializar incitou um entrave dentro de mim. O ir à luta tornou-se ínfimo diante do pulsar de um coração. Os sonhos já não faziam sentido, por consequência, fui postergando a conclusão da mesma.

O meu irmão partiu cedo demais, embora não tenha conseguido materializar todos os seus projetos, o primordial foi realizado. Em vida mostrou-nos o significado de um sorriso sincero e ajuda ao próximo. Eu vou amar-lhe para sempre e espero que sinta orgulho por estar a dar continuidade a um dos projetos que infelizmente tiveram que ser interrompidos pelo caminho. Obrigada Peixoto por tudo!

Gostaria de agradecer a Deus por ter me dado forças para não desistir, principalmente nos momentos de incertezas.

À minha orientadora, Professora Doutora Fernanda Pereira, pela sua disponibilidade na orientação do trabalho.

Aos meus pais, que ao longo desses anos acreditaram e apostaram na formação dos seus filhos sem medirem esforços.

As minhas irmãs Yanicka e Liliana por todo apoio e por serem um espelho a nível acadêmico pelas conquistas alcançadas.

Ao Bráulio meu parceiro de vida, por todo apoio facultado.

E por fim, aos meus familiares, amigos e anônimos que se prontificaram a ajudar-me e foram uma peça essencial na realização da mesma.

Resumo: Para melhor compreensão do tema, recorreremos a uma frase clássica de Kotler que diz “você não tem uma segunda chance de causar uma primeira boa impressão”.

Vivemos numa sociedade onde as organizações enfrentam a todo o instante a competitividade e algumas variáveis como tempo, qualidade, custo e inovação definem seu diferencial num mercado altamente globalizado e disputado. Para que os objetivos sejam alcançados, o leme é dirigido por pessoas. Com o passar dos tempos a relação entre as organizações e o capital humano mudou drasticamente. Os colaboradores deixaram de ser apenas parte do processo produtivo e passaram a ser o foco, ocupando um papel determinante no sucesso das organizações. Em contrapartida, as organizações passaram a exigir competências variadas dos seus colaboradores como estratégia competitiva, contando com responsabilidade, esforço, comprometimento e dedicação. Dentre as competências exigidas, o comportamento passou a ser um desafio nas organizações em razão das influências intrapessoais e interpessoais.

Saber controlar e gerir as emoções e ter habilidade para compreender as ações dos outros tornou-se um diferencial no mundo organizacional. Hoje, além do conhecimento técnico, o mercado exige um profissional com autoconhecimento atrelado à autogestão, automotivação, empatia e habilidades sociais

O presente trabalho tem como objetivo analisar os Fatores Associados à Qualidade do Atendimento Presencial ao Público no Setor da Saúde em Angola.

Palavras-Chave: Atendimento ao utente, Saúde.

Abstract: For a better understanding of the topic, we use a classic phrase, which says that "you do not have a second chance to make a good first impression."

We live in a society where organizations face competitiveness at all times and some variables such as time, quality, cost and innovation define their differential in a highly globalized and disputed market. For the goals to be achieved, the rudder is directed by people. Over time the relationship between organizations and human capital has changed dramatically. Employees are no longer only part of the production process and became a focus, occupying a decisive role in the success of organizations.

On the other hand, organizations began to demand varied skills from their employees as a competitive strategy, recounting responsibility, effort, commitment and dedication. Among the competencies required, behaviour became a challenge in organizations due to intrapersonal and interpersonal influences.

Knowing how to control and manage emotions and have the ability to understand the actions of others has become a differential in the organizational world. Today, in addition to technical knowledge, the market requires a professional with self-knowledge tied to self-management, self-driving, empathy and social skills.

This paper aims to analyse the Factors Associated in the Quality of Presencial Public Customer Service in Angola Health Sector.

Keywords: Customer service, Health.

Siglas

ARMED - Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde

CRM - Customer Relationship Management

CECOMA- Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos

ENDIAMA- Empresa Nacional de Diamantes de Angola

ELISA - Biologia Molecular e Serologia

FAA - Forças Armadas Angolanas

GAVI - Aliança Global de Vacinas

GPL – Governo Provincial de Luanda

LNME - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais

MININT - Ministério do Interior

MINSA - Ministério da Saúde de Angola

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações não governamentais

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025

PIIM - Programa Integrado de Intervenção nos Municípios

PIP - Programa de Investimento Público

PNHAS - Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde de Angola

PDH2e- Gabinete de Ética e Humanização

RHS - Recursos Humanos para a Saúde

SONANGOL - Sociedade Nacional de Combustíveis de Angola

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SINMEA -Sindicato Nacional dos Médicos de Angola

TPA - Televisão Pública de Angola

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo 1. Caraterização do Sistema de Saúde	4
1.1 Sistema Nacional de Saúde	4
1.2 Infraestruturas	7
1.3 Setor Farmacêutico	8
1.4 Dispositivos Médico	9
1.5 Recursos Humanos	10
1.6 Financiamento do Sistema Nacional de Saúde	11
Capítulo 2. Caraterização do Atendimento ao Utente	14
2.1 Tipos de Contato	15
2.2 Qualidade do Atendimento	18
2.3 Fatores Associados à Qualidade do Atendimento	22
2.4 Caraterísticas do Utente do SNS	27
2.5 Humanização no SNS	33
Método	36
1.Participantes	36
2.Instrumento	37
3.Procedimento	37
Análise de Resultados	38
1.Análise Descritiva	38
2.Teste das Hipóteses	40
Discussão	47
Conclusões	51
Bibliografia	53

Apêndices

Apêndices I- Caraterização sociodemográfica dos participantes -----	i
Apêndice II- Questionário aplicado aos consumidores -----	iii
Apêndice III- Testes de verificação da normalidade dos 21 itens do Questionário -----	xvi
Apêndice IV – Média e desvio padrão dos 21 itens analisados -----	xix
Apêndice V- Análise Descritiva dos 21 itens do Questionário -----	xxii
Apêndice VI- Correlação de Spearman -----	xxv

Índice de Figuras

Figura 1- Modelo de investigação proposto -----	3
Figura 2- Níveis de atenção do Serviço Nacional de Saúde -----	5
Figura 3- Rede Sanitária em Angola por Tipo de Unidade Sanitário -----	7
Figura 4- A qualidade segundo Gronroos (2001) -----	20
Figura 5- Fatores determinantes da imagem da organização (2001) -----	21
Figura 6- Tríade de Donabedian -----	23
Figura 7 - Fatores de influência no processo de decisão de compra -----	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Teste de Mann-Whitney para «Composição do agregado familiar» -----	42
Tabela 2 - Teste de Kruskal Wallis para «Estado Civil» -----	44

Índice de Quadros

Quadro 1- Sete dimensões para a avaliação da qualidade -----	26
--	----

Introdução

Com um mercado consumidor cada vez mais competitivo, onde os utentes estão cada vez mais exigentes em relação ao mercado de produtos e serviços, face a quantidade de opções com as quais contam e com a facilidade de acesso à informação, é incumbido ao setor público da saúde, a responsabilidade de apresentar um atendimento de excelência. Importa desde logo frisar que, por mais promissoras que as unidades hospitalares sejam, os responsáveis em gerar valor são os profissionais de saúde pela forma como o atendimento ao utente é prestado. Nesta senda, o atendimento destaca-se como elemento de diferenciação competitivo entre marcas e estabelecimentos de ramo de prestação de serviços similares e influencia diretamente no poder de decisão dos utentes.

É importante salientar que, o setor público da saúde de Angola, visa fornecer unidades hospitalares devidamente equipadas, abstendo-se de prestar um atendimento adequado. Para os utentes, não adianta ter uma estrutura de qualidade, se os profissionais da saúde que comunicam acerca da mesma, não refletem esta qualidade.

Apesar dos contínuos investimentos em saúde pública, de uma forma em geral, os resultados são parcos e estão aquém do esperado. Salvo exceções, os problemas de saúde no país são multifatoriais, e muito destes estão atrelados a gestão e atendimento dos profissionais de saúde.

São várias as ocorrências de desempenho laboral negativo por parte dos profissionais de saúde, relativamente ao atendimento ao utente: respostas tardias às solicitações dos mesmos, falta de postura perante o utente e garantia de um atendimento personalizado, caso estejam dispostos a pagar um valor extra, que não vai de acordo às políticas das unidades hospitalares.

De referir que, alguns profissionais de saúde criam o seu próprio negócio no local de trabalho, comercializando recursos da unidade hospitalar, tornando-se concorrentes da mesma.

O comportamento incongruente de muitos profissionais de saúde, de uma certa forma suscita uma imagem negativa das unidades hospitalares, pois os mesmos escolhem à quem prestar um atendimento de qualidade, baseando-se no vestuário, postura dos utentes, etnia e vínculo afetivo.

Outrossim, um indicador bastante crucial e muito presenciado nas unidades hospitalares, é a soberba de certos utentes, não respeitando as normas estipuladas pelas mesmas, sustentando-se da teoria de que o utente tem sempre razão: desrespeitando outros utentes e até mesmo os próprios profissionais. Exigindo um atendimento privilegiado diferente dos demais, pela sua classe social média/alta e por estarem vinculados a alguém que exerce um certo poder dentro do setor da saúde.

Com base nesta premissa, levantam-se questões pertinentes que levaram a formulação da pergunta de partida, na medida em que se torna necessário aferir: Quais os principais Fatores Associados à Qualidade do Atendimento Presencial ao Público no Setor da Saúde em Angola?

Nestes termos, foi traçado o objetivo geral – contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento. Na sequência, alcançar os seguintes objetivos específicos:

- (i) Aferir o perfil do utente;
- (ii) Analisar os fatores que se associam à qualidade do atendimento.

Para concretização dos objetivos traçados e de forma a dar resposta a problemática acima referida, socorri-me do enfoque quantitativo, utilizando o método correlacional, como técnica a Escala de Atitudes tipo Likert.

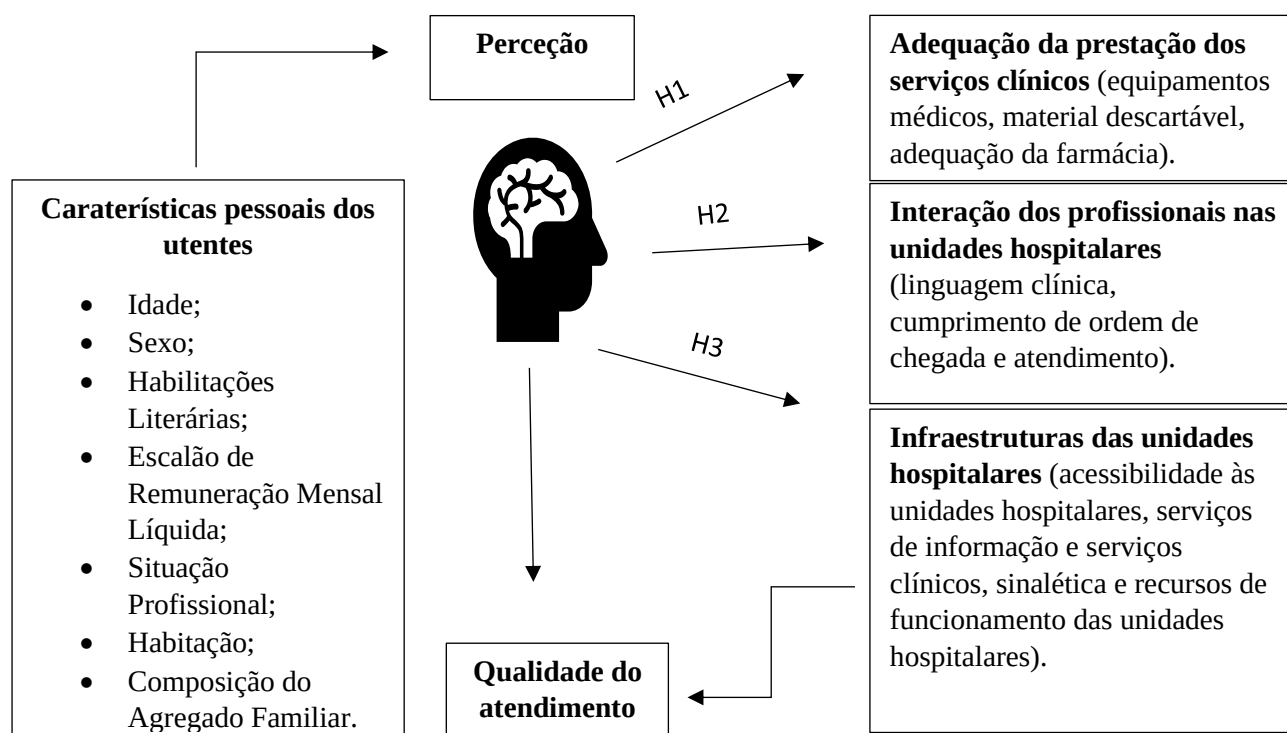
De forma a explorar os objetivos do presente estudo, formulam-se as hipóteses abaixo, conforme apresentadas no modelo conceptual apresentado na Figura 1:

Hipótese 1- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as caraterísticas pessoais dos utentes (situação profissional e sexo) e a sua perceção sobre a adequação da prestação dos serviços clínicos.

Hipótese 2- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as caraterísticas pessoais dos utentes (idade e habilitações literárias) e a sua perceção sobre a interação dos profissionais nas unidades hospitalares.

Hipótese 3- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as caraterísticas pessoais dos utentes (escalão de remuneração mensal líquida, composição do agregado familiar e habitação) e a sua perceção sobre as infraestruturas das unidades hospitalares.

Figura 1- Modelo de investigação proposto



Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: H1- Hipótese 1; H2- Hipótese 2; H3-Hipótese 3.

Capítulo 1. Caraterização do Sistema de Saúde

1.1 Sistema Nacional de Saúde

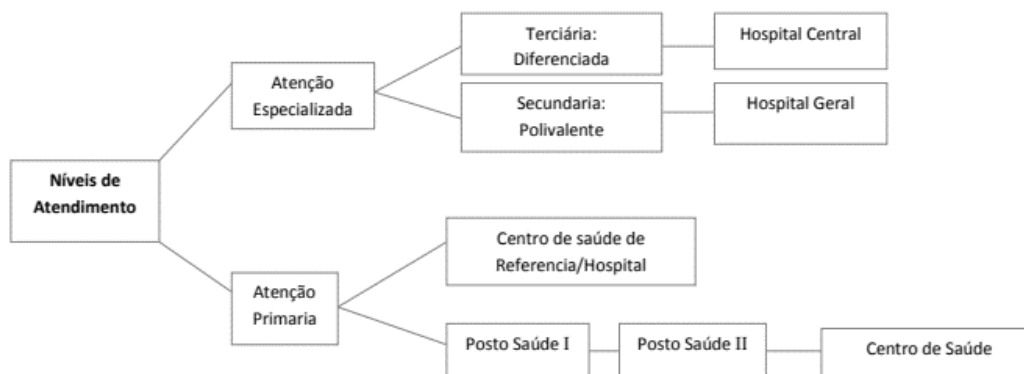
Desde a independência em 1975 até 1992, por razões históricas, Angola instaurou um Sistema Nacional de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade através da gratuidade dos Cuidados Primários de Saúde. Com a aprovação da Lei de Bases do SNS, Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permite a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde (Ministério da Saúde de Angola, 2015).

A medida acima descrita, não coaduna com os princípios da universalidade e gratuidade, criados com o intuito de patentear a saúde como um bem comum, atendendo às necessidades da população, independentemente da etnia, sexo, religião, condição económica e demais caraterísticas sociais ou pessoais. Pois, mesmo com a comparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, o sistema público oferece um atendimento ineficiente.

O Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto) compreende três níveis de atenção, nomeadamente:

- (i) O primeiro nível, constituído por postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, e oferece serviços de baixa complexidade;
- (ii) O segundo nível, integra os hospitais gerais e monovalentes, que oferecem serviços de complexidade intermédia;
- (iii) O nível terciário, compreende os hospitais centrais e hospitais especializados, como é o caso da maternidade Lucrecia Paim. A este nível são oferecidos serviços de alta complexidade. Estes níveis encontram-se articulados entre si através de mecanismos de referência e contra referência, de forma a garantir uma assistência integrada e contínua.

Figura 2- Níveis de Atenção do Serviço Nacional de Saúde



Fonte: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (Ministério da Saúde de Angola, 2015)

Apesar da hierarquia estabelecida, as unidades de saúde apresentam um quadro precário, desde o nível primário até as unidades secundárias e serviços de apoio, o que faz com que a população tenha que recorrer ao nível terciário e especializado.

A fim de responder as necessidades e assistência à saúde dos angolanos, a política nacional de saúde integra quatro setores: o setor público, o setor privado lucrativo, setor privado não lucrativo e o setor da medicina tradicional (MINSa, 2015).

O setor público, inclui o Serviço Nacional de Saúde, os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas e do Ministério do Interior, bem como de empresas públicas tais como Sociedade Nacional de Combustíveis de Angola e Empresa Nacional de Diamantes de Angola.

O setor privado não lucrativo, constituído por Igrejas, Organizações Religiosas e Organizações Não Governamentais, que prestam cuidados de saúde na periferia das cidades e no meio rural, tendo como população-alvo as comunidades pobres e desfavorecidas.

O setor privado lucrativo, presta cuidados de saúde a nível dos grandes centros urbanos, bem como na periferia destes, onde a rede sanitária pública é limitada ou não existente. Os preços praticados por alguns constituem as vezes um fator de exclusão e de iniquidade e em muitos casos a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados não correspondem aos preços praticados. A saúde tornou-se uma mercadoria, onde o poder de compra e qualidade está disponível para quem dispõe de recursos financeiros. Em contrapartida, outro grande

constrangimento no desenvolvimento do setor privado de saúde prende-se com a situação dos Recursos Humanos, que são na sua maioria funcionários do setor público, o que origina prejuízo para ambos os setores.

Para além das clínicas, centros e postos médicos e de enfermagem, farmácias, depósitos de medicamentos, importadores de medicamentos, dentre outros prestadores de serviços de saúde, há que considerar o sistema de seguros privados de saúde, existentes predominantemente em Luanda.

Importa destacar que, o exercício da medicina privada foi autorizado pela Lei de Bases do SNS, regulamentada através do decreto nº48/92 de 11 de setembro. O crescimento do setor privado pode ser apreciado através dos relatórios elaborados pela Inspeção Geral de Saúde e pela Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (2013), entidades responsáveis pelo licenciamento de clínicas, postos e consultórios privados e farmácias e empresas grossistas de importação de medicamentos e equipamentos, respetivamente.

Em Angola, existem cerca de 65 clínicas, 505 centros médicos, 125 consultórios, 48 gabinetes de especialização, 62 laboratórios, 627 postos de enfermagem, 273 depósitos de medicamentos, 1574 farmácias, 3 ervanárias e 5 projetos de fábricas. Destas estruturas, mais de 60% se encontram localizadas na província de Luanda (MINSA, 2015).

O setor da medicina tradicional, ainda muito praticado e procurado nos dias de hoje pelos utentes, com a finalidade de tratar doenças tradicionais. Trata-se de uma medicina em que o tratamento é feito à base de produtos derivados da natureza: ervas, folhas, etc. No entanto, por ausência de um quadro legal, a falta de integração no sistema nacional de saúde e de articulação com os outros prestadores de saúde, leva a que os valores positivos da medicina tradicional, não sejam devidamente aproveitados em benefício da saúde da população. Os medicamentos tradicionais encontram-se à venda nos mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controlo de qualidade e em inadequadas condições de conservação. Não existe nenhuma regulamentação sobre os medicamentos tradicionais, bem como os homeopáticos que são importados. Há falta de uma Farmacopeia Nacional para os medicamentos tradicionais. Os produtos fornecidos pelos ervanários e pelos terapeutas tradicionais resultam muitas das vezes de conhecimentos transmitidos através de gerações e que se mantêm como segredo familiar, o

que constitui um entrave para a investigação e o desenvolvimento dessa área (Queza, 2010, p.22).

Ainda, dispõe do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, que surge num contexto de estabilidade política, de crescimento socioeconómico e de consolidação da democracia, enquadrando-se como um pilar fundamental no processo de desenvolvimento sustentável em que o país já se encontra engajado (MINSa, 2015).

A visão do PNDS é a de promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando o acesso universal aos cuidados de saúde, assegurando a equidade na atenção, melhorando os mecanismos de gestão e de financiamento do SNS, oferecendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados, na perspectiva do combate à pobreza e reforço do bem-estar (MINSa, 2015).

1.2 Infraestruturas

A rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde é constituída por 2.356 unidades sanitárias, sendo 1.650 postos de saúde, 331 centros de saúde, 43 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 83 unidades não tipificáveis. (MINSa, 2015)

Figura 3- Rede Sanitária em Angola por Tipo de Unidade Sanitária

PROVÍNCIA	POS ¹⁵	CEN ¹⁶	CM ¹⁷	HN/HC ¹⁸	HM ¹⁹	HP ²⁰	OUTRO	SEM INFO ²¹	TOTAL GERAL
BENGO	93	17	1		9	1	3		124
BENGUELA	140	26	1	2	14	1	2	5	191
BIÉ	63	6	3		10	3		10	95
CABINDA	80	17	2		9	1			109
CUNENE	90	18			6	1			115
HUAMBO	82	42	4	2	5	1	1	26	163
HUÍLA	172	35	1	1	2	4	2	15	232
KUANDO KUBANGO	64	6			10	1			81
KWANZA NORTE	86	16	1		8	1	3		115
KWANZA SUL	184	22	7		14	1	16		244
LUANDA	42	19		15	20		2	27	125
LUNDA NORTE	61	11			7	2	1		82
LUNDA SUL	63	13	3		4	1			84
MALANJE	108	12	3		15	1	3		142
MOXICO	88	6	3		10	1	6		114
NAMIBE	58	11			6	2			77
UÍGE	120	34	10		10	2			176
ZAIRE	56	20	4		6	1			87
TOTAL GERAL	1.650	331	43	20	165	25	39	83	2.356

Fonte: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Mapas Sanitários. Dados de 2006 para Luanda, Benguela, Huambo, Huíla e Bié. Dados de 2009 para Malanje, Cabinda, Kwanza Norte, Zaire, Bengo e Cunene. Dados de 2010 para Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango, Kwanza Sul, Namibe, Uíge (levantamento parcial). Segundo informações dos municípios, Uíge dispõe de 229 US funcionários, das quais 36 CEN, 9 CMI, 1 OUT, 173 POS (MINSA, 2015).

Legenda

POS- Posto de Saúde

CEN-Centro de Saúde

CMI- Centro Materna e Infantil

HN/HC- Hospital Nacional/ Hospital Central

HM-Hospital Municipal

HP- Hospital Provincial

SEM INFO- Sem informação

1.3 Setor Farmacêutico

O País conta com a Política Nacional Farmacêutica aprovada pelo Decreto Presidencial nº 18/10 de 18 de agosto de 2010 (MINSA, 2015).

O aprovisionamento de medicamentos e outros meios médicos é assegurado pela Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos, criada ao abrigo do Decreto Presidencial nº 34/11, de 14 de fevereiro de 2011. Contudo, o setor farmacêutico necessita de uma abordagem global, integrada, para a resolução dos seus principais problemas, nomeadamente:

- i. A promoção da produção local de medicamentos;
- ii. A construção do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade;
- iii. A adoção da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais;
- iv. A elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos e dos Guias Terapêuticos, como ferramentas importantes no apoio ao uso racional de medicamentos;
- v. O enquadramento técnico e legal dos medicamentos tradicionais.

Angola é um país que depende exclusivamente da importação de medicamentos. A fim de colmatar a aquisição de fármacos importados por instituições não vocacionados para o efeito, obtendo-os de qualquer fonte, a preços e prazos de validade não controlados. Segundo a matéria lançada no telejornal da Televisão Pública de Angola em abril de 2021, foi publicado um diploma no Diário da República, indicando a nova entidade que será responsável pelas

ações de regulação, regulamentação, licenciamento e fiscalização no domínio dos medicamentos de uso humano e tecnologias da saúde, designada por Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde. Um ano depois, segundo a representante da OMS em Angola, Djamila Cabral, Angola já conta com lista nacional de medicamentos essenciais. Fazem parte desta lista analgésicos, antidepressivos, antialérgicos, antibióticos, entre outros, com a finalidade de satisfazerem as necessidades prioritárias dos cuidados de saúde da população (Sumbo,2022).

1.4 Dispositivos Médicos

Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde, que se destinam a ser utilizados para fins comuns aos dos medicamentos tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana.

Exemplos de dispositivos médicos: ligaduras, fraldas e pensos para incontinência, algodão, meias de compressão, pensos para proteção e/ou tratamento de feridas, cadeiras de rodas, macas e camas hospitalares, estetoscópio, instrumentos cirúrgicos, termómetros, seringas e agulhas, compressas, lentes de contato, equipamentos de ressonância magnética e de tomografia, incubadoras, preservativos, válvulas cardíacas, próteses dentárias e ortopédicas, óculos de correção, luvas de exame, *pacemakers* (Atlas da Saúde, 2014).

Existe uma multiplicidade de marcas e modelos, o que dificulta grandemente as intervenções de manutenção dos dispositivos médicos. Constata-se que existe equipamento que foi adquirido e não instalado nas unidades sanitárias por razões diversas, nomeadamente: inadequação do local de funcionamento, inexistência de normas e falta de padronização.

O recrutamento e a formação de profissionais de manutenção, bem como a sua colocação, constituem, por si só, um enorme desafio, face ao constante aliciamento do setor privado. Um plano de distribuição dos referidos profissionais pelo país é indispensável, para racionalizar a sua intervenção e garantir o permanente funcionamento dos dispositivos médicos (MINSA, 2015).

1.5 Recursos Humanos

A questão dos Recursos Humanos para a Saúde é universalmente reconhecida como prioritária nos sistemas de saúde levando a várias iniciativas, a nível da Assembleia Mundial da Saúde e da Assembleia Regional Africana, para corrigir a situação.

Esta preocupação compreende-se ao verificarmos que, dos 46 países na Região Africana da OMS, 36 são considerados países em crise de RHS. Destes, dez, incluindo Angola, são Estados com um défice crítico de RHS.

As perdas da força de trabalho no sistema nacional de saúde devem-se principalmente a: atrasos no pagamento, trabalhadores fantasmas, desmobilizados aguardando inserção, custo e mal-estar na acomodação de médicos estrangeiros, baixas remunerações, os escassos incentivos para a fixação na periferia (incluindo a falta de habitação), a inadequada implementação das carreiras profissionais e a fraca operacionalidade dos programas de formação permanente.

O Sindicato Nacional dos Médicos de Angola, apontou várias preocupações na sua declaração de greve, como o aumento da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, falta de medicamentos essenciais para combater doenças como a malária, construções de unidades sanitárias com alta tecnologia sem recursos humanos previamente formados para o efeito, enquanto os serviços de atendimento primário continuam num declínio permanente, contratação de médicos estrangeiros em detrimento de profissionais formados em Angola, baixos salários e acelerado desgaste físico e psíquico dos profissionais da saúde (Portal de Angola, 2022).

Um dos maiores problemas com que se debate o Estado, como garante do direito e proteção à saúde prende-se com a fraqueza do sistema de fiscalização e controlo que permite a existência de Estruturas Privadas de Saúde ilegais, bem como de recursos humanos com qualidade duvidosa. A acreditação destas unidades ainda não existe (somente 18,5 % delas estão registadas na Inspeção Nacional de Saúde). Os mecanismos de inspeção, fiscalização, controlo e de regulação de preços não estão estabelecidos. A obrigatoriedade de fornecimento de dados estatísticos, nomeadamente a da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis não está ainda estabelecida. Como forma de garantir uma maior complementaridade entre o Serviço Nacional de Saúde e os serviços de saúde prestados pelo setor privado, bem como aumentar o acesso destes serviços por todas as camadas da população, a Política Nacional de

Saúde considera esta uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população (MINSA, 2015).

1.6 Financiamento do Sistema Nacional de Saúde

De acordo os dados obtidos na entrevista feita à presidente da Assembleia Nacional, Carolina Cerqueira, houve efetivamente, um aumento do financiamento para a função saúde. No âmbito das medidas adotadas pelo Executivo nos últimos anos, destacam-se o aumento do financiamento para o reforço do SNS, avanços na construção e reabilitação de infraestruturas sociais, com benefícios consideráveis para o setor da saúde, dotadas de meios técnicos e tecnológicos modernos, o que permitiu a expansão da rede sanitária municipal, com criação de novos serviços especializados de referência e investimento no capital humano.

O setor da saúde mereceu uma atenção especial, através do aumento do investimento, que passou, em 2018, de Akz 388 465 188 031, para Akz 841 566 888 377, em 2021. Houve, efetivamente, um aumento do financiamento para a Função Saúde, tendo passado, em termos percentuais, de 4,01%, em 2018, para 5,69, em 2021, visando as mudanças estruturais que ajudam no reforço do SNS na base e de forma a poder responder às necessidades da população.

Outro grande investimento que o Estado está a realizar é o financiamento na totalidade das 12 vacinas do Calendário Vacinal Angolano desde 2017, anteriormente co-financiado pela GAVI, que permitirá reduzir substancialmente a taxa de mortalidade infantil.

No que tange as infraestruturas, para aumentar o acesso aos serviços de saúde foram construídas, entre 2018 e 2021, 68 novas unidades sanitárias nos três níveis de atenção, levando a um aumento do número de camas do SNS, de 24.382, em 2019, para 29.912, em 2021. Particularmente no nível primário de atenção, para estarem mais próximos das populações, respondendo às suas necessidades, reduzindo a demanda aos hospitais gerais e centrais e melhorando a prestação de serviços também a esse nível.

Importa destacar que, em 2020, foram adquiridas 5.000 camas, das quais, 1.000 para os cuidados intensivos em toda a rede do SNS. As camas hospitalares e as de cuidados intensivos foram aumentadas em cinco vezes relativamente às existentes no período anterior à pandemia.

A rede sanitária do País conta com 3.164 unidades sanitárias, sendo 13 hospitais do nível nacional, 32 especializados, 18 provinciais, 166 municipais, 10 privados não lucrativos (Hospitais Missionários), 105 centros Materno-infantis, 640 centros de saúde e 2.180 postos de saúde.

No Programa Integrado de Intervenção nos Municípios (PIIM), este setor está a proceder ao acompanhamento de 311 projetos de construção, reabilitação, ampliação e apetrechamento de unidades hospitalares, bem como a aquisição de ambulâncias e, no seguimento da implementação do Programa de Investimento Público (PIP) e do PIIM ao nível das províncias, foram concluídos 23 projetos no sector da saúde.

Para reduzir o número de doentes evacuados para o exterior e os custos, foi intensificada a melhoria da prestação de serviços hospitalares, com abertura de serviços especializados com equipamento de alta tecnologia.

Foram abertos seis novos serviços de hemodiálise com áreas para doentes com Covid-19, hepatites B e C e com VIH/Sida, sendo três em Luanda – incluindo um no Hospital Pediátrico David Bernardino, Cabinda, Huíla e Moxico, tendo aumentado a capacidade de atendimento para mais 3.772 doentes por semana. No âmbito da Covid-19, foram construídos seis centros de tratamento, estando em construção três em Luanda, um no Cunene, um em Cabinda, um na Lunda Norte e um no Soyo, estando em fase de conclusão mais um de Benguela, um na Huíla e no Uíge, e foram adaptadas e apetrechadas unidades de tratamento em todas as províncias, com meios e equipamentos de alta tecnologia, ao mesmo tempo que a capacidade laboratorial de confirmação de casos foi reforçada com a montagem de três laboratórios de Biologia Molecular e Serologia nas províncias da Lunda Norte, Huambo e Uíge, investimento direto do Estado angolano. Em parceria com a indústria petrolífera, a instalação de outros três laboratórios em Cabinda, Soyo e Benguela, aumentando a testagem até 15.000 testes. Esta capacidade instalada melhorou em grande medida o atendimento de todas as doenças de forma transversal do SNS.

O Governo realizou um enorme investimento no aumento da força de trabalho do setor, com o incremento de 25.465 (26%) de novos profissionais resultantes da realização dos maiores concursos de admissão em 2018 e 2019, tendo permitido um crescimento de 65.294, para 87.161 profissionais. O aumento significativo foi notório em todas as carreiras,

nomeadamente a médica (2.399), a de enfermagem (14.179), de diagnóstico e terapêutica (7.138), carreira de técnicos de apoio hospitalar (797) e carreira do regime geral (962).

Outro marco para a saúde em Angola foi o aumento da cobertura de testes de VIH em mulheres grávidas, de 465, para 625, em 2020. No mesmo ano, o acesso ao tratamento retroviral cresceu de 36%, em 2018, para 71% no ano passado.

Em relação à política de medicamentos e equipamentos, o Executivo introduziu a isenção de taxas aduaneiras aos medicamentos e equipamentos e dispositivos médicos, estando atualmente em curso novas aquisições de medicamentos, suplementos nutricionais, material de biossegurança e equipamentos para o reforço do SNS.

A mesma encerra pontecendo a participação comunitária, através da formação de agentes para o desenvolvimento comunitário e sanitário, as iniciativas no domínio da ética e humanização da saúde, assim como a melhoria da assistência materno-infantil, nutrição e da prestação de cuidados aliados ao combate às grandes endemias como os grandes desafios futuros para melhorar o sistema de saúde a nível nacional (MINSA, 2021).

Capítulo 2. Caraterização do atendimento ao utente

O atendimento presencial é todo ato de comunicação em que o cliente e o prestador de serviço estão em presença física. Este tipo de atendimento tem um impacto direto e imediato em como o cliente vê a organização. Existem dois tipos de atendimento presencial: atendimento prestado dentro das unidades hospitalares e o atendimento prestado ao domicílio.

O atendimento presencial dentro das unidades hospitalares, é o que permite, na maior parte dos casos e dos utentes, a estimulação dos cinco sentidos:

1. **Visão:** os utentes criam um pré-conceito com base a avaliação dos aspetos visíveis de um local onde ocorre a prestação de serviço: o ponto geográfico (acessos pedonais, acessos por transporte público), a segurança (câmaras de vigilância e segurança à porta da entrada), adequação dos gabinetes médicos, higienização dos cómodos e parte externa dos hospitais, organização (implementação de filas para ordem de chegada e ordem de atendimento, sinalética das instalações), *layout*, a aparência, postura, nível de atenção, dedicação, linguagem não verbal e linguagem verbal (proximidade do pessoal clínico, clareza das informações, esclarecimentos prestados e dedicação do pessoal clínico, pessoal auxiliar, pessoal administrativo e pessoal de limpeza aos utentes).
2. **Audição:** os utentes escutam as conversas paralelas entre os funcionários e todos os demais ruídos do local, o que pode contribuir para uma maior irritabilidade e impaciência.
3. **Tato:** os utentes podem receber um cumprimento e perceber o acolhimento do responsável pelo atendimento, além de tocar revistas, documentos e objetos.
4. **Olfato:** os utentes sentem cheiros, que podem ser agradáveis e calmantes, que podem abrir o seu apetite, mas, que também podem ser desagradáveis e insuportáveis. É muito comum nas ruas de Luanda, deparar-se com lixeira e água parada no lado adjacente da parte externa das unidades hospitalares.
5. **Paladar:** o café ou biscoito que fica na receção ao dispor dos utentes, também influencia na imagem que os mesmos retêm sobre as unidades hospitalares.

Por conseguinte, o atendimento ao domicílio, preza pela comodidade e segurança, ou seja, não há necessidade de se locomover para receber os cuidados de saúde necessários. Além do conforto o atendimento em si permite um estreitamento da relação médico/utente.

Por exemplo, no caso de um paciente debilitado ou acamado com deslocamento inviável, a visita do médico ao domicílio é essencial, pois não prejudicará o seu quadro, muito menos causar eventuais desconfortos durante o deslocamento. Outra particularidade do atendimento ao domicílio é o menor risco de complicações clínicas por contato com outros pacientes, o que é benéfico para os idosos que tendem a ter sistema imunológico menos resistente.

Kotler (1990), define serviço como sendo: “Qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto”.

Independentemente da atividade ou do produto final de uma empresa ou organização, atendimento é uma prestação de serviços. Os utentes interagem com os representantes de uma empresa por diferentes períodos, conforme o tipo de serviço.

2.1 Tipos de Contato

Os níveis de contato com os utentes podem ser de três categorias: serviços de alto, médio ou baixo contato (Lovelock & Wright, 2001).

Serviços de alto contato

Os utentes interagem diretamente com os funcionários da unidade hospitalar. Há um contato direto com os prestadores de serviços. Nesta categoria estão incluídos:

-Seguranças: responsáveis por controlar o acesso a um hospital e proteger a segurança e o bem-estar de seus utentes e funcionários. Os pacientes tendem a estar muito vulneráveis à exploração, furto dos seus pertences, raptos de recém-nascidos ou mesmo à violência. Assim como os hospitais dispõem de grandes estoques de medicamentos de valores de mercado significativo, da mesma forma, os funcionários também são vulneráveis como alvos de violência tanto por parte dos pacientes, bem como por parte dos familiares dos mesmos.

-Rececionistas: é por meio da receção que ocorre o primeiro contato de pacientes com as unidades hospitalares, o atendimento prestado faz toda a diferença para a fidelização dos mesmos, além de ditar se a reputação do local será positiva ou negativa.

-Enfermeiros de internamento: o enfermeiro é o profissional que conhece os detalhes dos processos operacionais e de apoio no quotidiano da instituição de saúde. Entre as responsabilidades do enfermeiro, podemos citar, a avaliação dos processos de trabalho que envolvem a assistência ao paciente como realizar exames preliminares, cuidar da higiene e conservação do local, gerir os medicamentos prescritos e acompanhar o quadro geral dos pacientes internados.

-Médicos: a função dos médicos consiste em diagnosticar problemas, doenças ou disfunção manifestados pelos utentes e prescrever um tratamento que pode ser à base de medicamentos, mudanças no estilo de vida ou mesmo uma intervenção cirúrgica. Como procedimento armazenam os dados obtidos em exames clínicos e tratamento adotado. É através do histórico e consultas médicas que acompanham a evolução do quadro de saúde.

Um serviço de alto contato e que passa pelo processo de compra cognitiva, é o atendimento das parturientes nas maternidades. Toda gestante prima por analisar se o local reúne todas as condições necessárias para a realização do parto. Os partos nas Clínicas Privadas de Luanda variam mediante o tipo de parto. Um parto normal custa aproximadamente 250 mil Akz (563.56 €) e uma cesariana varia de 600 mil Akz a 3 milhões Akz (1,352.55 € a 6,762.77€), dependendo das necessidades das parturientes e complexidade do parto. A sua maioria tende por optar em dar à luz nas Maternidades sob a condição de ter algum conhecido seja por laços familiares, de amizade ou por valor monetário investido, para que seja prestado um atendimento de qualidade, pois há muitas indicações de péssimo atendimento presenciado em algumas Maternidades da cidade de Luanda.

A título de exemplo, de acordo com a reportagem do Jornal de Angola (2020), “(...) todos os dias, ouvem-se reclamações sobre má prestação dos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais públicos. Pacientes, familiares e sociedade em geral apontam vários constrangimentos em unidades hospitalares.

Segundo o Diário de Notícias (2017), devido ao surgimento de várias ocorrências a nível do setor de saúde, a Ministra da saúde Sílvia Lutucuta, exonerou administrações dos

maiores hospitais de Luanda em outubro de 2017, defendendo a necessidade da realização de um diagnóstico profundo da situação do setor.

Igualmente, Sílvia Lutucuta especificou a falta de infraestruturas, técnicos qualificados, recursos, medicamentos e descartáveis, como principais contribuintes para o elevado índice de mortalidade no país.

Serviços de médio contato

Estão em nível intermediário e envolvem uma relação até certo ponto limitada. Nesta categoria, estão incluídos:

-Técnicos de laboratório de análise clínicas (auxiliar de banco de sangue, auxiliar de farmácias, auxiliar de manipulação, analista químico, analista de laboratório etc.): encarregados de determinar a presença de doenças em amostras de tecido ou fluído do corpo humano. Responsável por coletar amostras, testando-as usando várias medidas e instrumentos de laboratório e avaliar resultados. Os técnicos de laboratório desempenham um papel vital em toda cadeia hospitalar, pois é com base nos resultados dos dados coletados que se consegue determinar que tipo de doença o paciente padece.

-Enfermeiros de triagem: são os primeiros que os utentes se deparam após o check-in no hospital. Estão encarregues de avaliar os sinais vitais dos pacientes e fazer perguntas sobre seu histórico médico, sintomas e razões para visitar a sala de emergência. Com base nas informações coletadas, os enfermeiros da triagem fazem, então, determinações sobre a urgência da necessidade do paciente.

Serviço de baixo contato

O serviço de baixo contato é aquele em que há pouco contato com os utentes, dentre os quais: as marcações de consultas e exames online ou via telefone, as teleconsultas.

Os níveis de contato com os utentes, do ponto de vista da interação, são importantes para determinar o tipo de qualidade que deve ser perseguido, a fim de atingir os objetivos de satisfação. Os serviços, cujos contatos são de curta duração, exigem das empresas que prestam serviços muita agilidade e rapidez para causar uma boa impressão naquele curto espaço de tempo.

Por outro lado, os serviços mais duráveis irão exigir a aplicação de atividades mais complexas, inclusive o marketing de relacionamento e a necessidade de que seus representantes demonstrem habilidades nas relações humanas para que se preserve o nível de satisfação por um período maior (Las Casas, 2007, p.35).

Serviços de duração maior, como o ensino universitário, por exemplo, requerem maior atenção a certos detalhes, pois os estudantes são mais influenciados pela marca, pela experiência positiva de outros colegas e de amigos com o mesmo serviço, com a propaganda, imagem, credibilidade, etc. Como os estudantes passarão mais tempo no local, são mais seletivos no momento de sua escolha e, por isso, vão procurar ler o material promocional, analisar o local, solicitar indicações, além de uma série de outros procedimentos ainda na etapa da pré-compra.

Las Casas (2007), sustenta que os profissionais de marketing devem estar preparados para facilitar os passos da decisão e preparar material auxiliar para cada uma das etapas do processo de compra cognitiva. O que caracteriza esse tipo de compra é que os consumidores, antes de tomar suas decisões, raciocinam com os vários elementos disponíveis antes de se decidirem.

2.2 Qualidade do atendimento

A qualidade está presente em todas as áreas da vida de um ser humano, quer seja profissional ou pessoal. A qualidade incide na forma como o ser humano se comporta no meio onde está inserido, pois se trata da sua imagem pessoal, ou seja, como é visto perante à sociedade. Como profissional, independentemente das suas habilitações literárias ou competências profissionais, a forma como exerce as suas atividades laborais determina o tipo de qualidade do serviço prestado.

Atualmente, algumas organizações de recrutamento analisam as redes sociais dos potenciais profissionais qualificados para ocupar um determinado cargo. A maneira como o funcionário veste ou se comporta dentro e fora da organização, afeta diretamente na imagem da organização diante do mercado, visto que o funcionário representa a organização. Principalmente em um mundo atualmente globalizado e de grande concorrência, onde cada detalhe, pode significar a distância entre o sucesso ou fracasso organizacional.

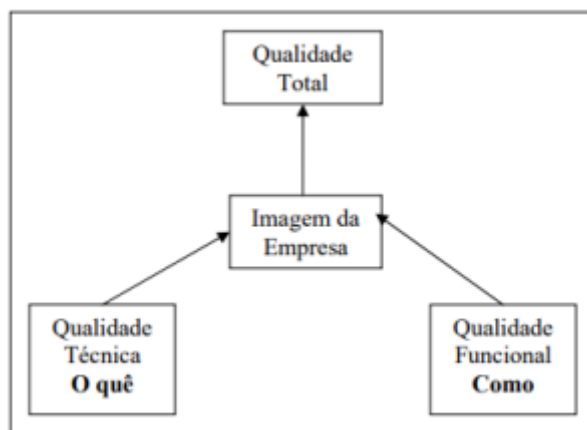
Um exemplo de incoerência é uma organização fazer publicidades promovendo a sua oposição ao assédio e em contrapartida um dos seus funcionários fazer comentários inapropriados, deixando o utente desconfortável, na medida em que a conduta, a postura e as vestes do funcionário refletem a imagem da empresa.

Carpinatti (2012), Paladini e Carvalho (2012), Barbosa *et al.* (1995), Oliveira (2006), trazem o conceito de qualidade como subjetivo e intrínseco do indivíduo, que sofre influências de agentes externos, governo, sociedade, cultura, desejos, tipo de produto, serviço prestado e necessidades internas do indivíduo e suas expectativas influenciando nesta decisão. Por se tratar de uma variável subjetiva, dificilmente chegará a um consenso para a definição de qualidade, pois visa à satisfação e desejos dos consumidores (Paladini & Carvalho, 2012).

Este conceito traduz a ideia de que a qualidade não é entendida por todos do mesmo modo. “A qualidade de um mesmo produto/serviço pode ser diferente para diferentes utentes e pode ser diferente para o mesmo utente em diferentes tempos ou condições” (Imperatori, 1999, p.291).

Joseph M. Juran, considerado pai da qualidade, defende a qualidade como adequação ao uso, ou seja, o que é bom ou ruim é uma questão de avaliação por parte do utente. Por exemplo, no setor da saúde um utente mais reservado, não se sentirá confortável com o atendimento de um especialista em fertilidade, devido a formulação de perguntas pessoais, tornando-se de um certo modo invasivo, ao contrário de um utente sociável, mais recetivo em responder as perguntas que lhe forem feitas. Em adição à definição de Juran, Gronroos (1988) com o seu modelo defende que a qualidade de um serviço experimentada, é influenciada pela imagem que o consumidor tem da organização e pode ser dividida em duas categorias: a técnica e a funcional. A dimensão técnica responde à questão “o quê”, referindo-se à qualidade recebida pelo utente. Já a dimensão funcional responde à questão “como” e respeita ao modo como o utente recebe o serviço (Faria, 2017, p.4).

Figura 4- A qualidade segundo Gronroos (2001)



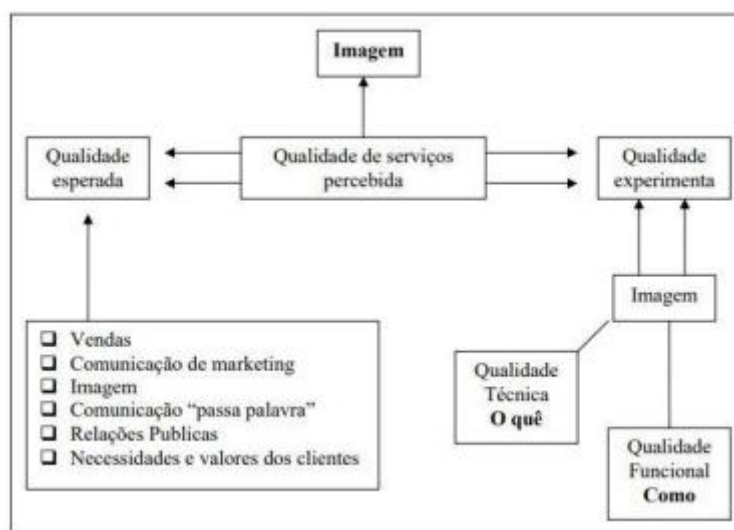
Fonte:Gronroos (2001), p. 65

De acordo com Faria (2017), no modelo acima referido, a percepção da qualidade é influenciada pela imagem que o utente tem da organização. Há casos em que por mais que o produto/serviço não corresponda as necessidades dos utentes, por N fatores tais como o preço, a localização, a preferência, entre outros, se o funcionário causar uma boa primeira impressão, o utente acaba sempre por voltar.

Todavia, é possível deparar-se com utentes que já vêm com uma opinião formada proveniente de experiências negativas adquiridas, consequentemente o funcionário deve apresentar inteligência emocional e profissionalismo, por forma a apresentar um diferencial na prestação de serviço como vantagem competitiva.

A qualidade traduz a diferença entre a qualidade esperada (expectativa do consumidor) e a qualidade experimentada (aquilo que o consumidor recebeu). Gronroos (1988) defende que as expectativas do consumidor, são alimentadas por diversos fatores como o número de vendas, as necessidades do consumidor, as campanhas de marketing, o passa-a-palavra positivo e a imagem da organização.

Figura 5- Fatores determinantes da imagem da organização (2001)



Fonte: Gonroos(2001), p.67

Neste modelo, apenas quando a qualidade experimentada corresponde à qualidade esperada às expectativas do consumidor, estamos perante uma boa qualidade de serviços. Um caso prático é a visita da utente ao hospital pois manifesta o desejo de gerar um filho, durante todo processo estaremos perante uma boa qualidade de serviços quando a mesma alcançar tal objetivo.

Dando seguimento, a famosa frase *word of mouth* (passa-a-palavra) tem um papel fundamental na imagem da organização. Pessoas influenciam pessoas, partilhando suas experiências em relação a um determinado serviço ou produto. Com o avanço da tecnologia, as informações ramificam-se em segundos. Hoje em dia, os usuários utilizam as redes sociais não só para estarem conectados, mas, também para levantar assuntos bastante pertinentes por meio de evidências, como fotos ou até mesmo vídeos que indiretamente podem afetar a imagem da organização, positiva ou negativamente. Deve-se ressaltar que todo atendimento é uma prestação de serviços e como tal possui uma grande dose de subjetividade, reforçando assim a importância de estímulos positivos. Utentes satisfeitos falarão bem da organização, disseminando uma imagem positiva, postando depoimentos favoráveis em *sites* e *blogs*.

Um caso prático é no setor da saúde em Angola, baseando-se nos rumores e experiências de utentes em relação ao atendimento, as pessoas sentem-se mais confortáveis e seguras em procurar atendimento médico no exterior do país.

O Médico Cardiologista, Osvaldo Lourenço, destacou no ANGOMED - Portal de Atualidade Médicas (2016) que “cada vez mais angolanos buscam assistência médica no exterior, uns com problemas de alta complexidade e outros problemas menos graves que poderiam ser tratados em Angola”.

Ressaltou ainda que, “vários são os motivos da busca de uma solução no exterior, mas cabe a nós profissionais avaliarmos até que ponto esta [fuga] para o exterior representa uma falta de confiança na nossa medicina e como podemos todos contribuir para uma medicina angolana resolutive, em que os pacientes confiem”.

A referida situação perdura no tempo, na medida em que Manuel José, através do site VOA Português (2022) descreve que “em várias comunidades angolanas, sobretudo nas províncias que fazem fronteira com outros Estados, é comum as pessoas procurarem tratamento médico e medicamentoso noutros países”.

2.3 Fatores Associados à Qualidade do atendimento

A qualidade tem um significado subjetivo. Há uma limitação por parte dos utentes em defini-la visto que uma das barreiras é o não domínio da linguagem técnica usada pelos profissionais da saúde. Outro aspeto pertinente, é o absentismo de critérios ou parâmetros para medir a qualidade dos serviços prestados. Foge o nosso entendimento avaliar a qualidade baseando-se no resultado de uma cirurgia. Por mais que o cirurgião possa ter aplicado todo o seu conhecimento, no final pode vir a não obter êxitos. A perda de uma vida torna o serviço prestado de péssima qualidade?

A qualidade em saúde possui duas vertentes principais, que se referem aos aspetos técnicos e humanos. Na qualidade deve-se considerar a parte técnica, que consiste no conhecimento científico, na tecnologia e na forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde. Segundo informações obtidas no relatório da enfermeira Maria de Jesus Pinheiro Alves (2005), quanto aos fatores humanos, deve-se avaliar como as necessidades pessoais dos utentes são atendidas pois, com efeito, Ferreira (1991), defende que aquilo que pode ser qualidade para algumas pessoas poderá ser inapropriado para outras, salientando, contudo, que a boa qualidade é, regra geral, reconhecida por todos. “Para qualquer utente é fundamental perceber a qualidade. Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que

noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós ’’ (Pereira, 2003, p.3).

Donabedian (1980) e Mezomo (2011) partilham a opinião de que o utente, quando avalia a qualidade, faz incidir a sua atenção sobre os seguintes componentes:

- ✓ Técnica dos cuidados: reporta-se à aplicação da ciência e da tecnologia;
- ✓ Interpessoal: refere-se à interação utente-profissional, podendo decompor-se em trocas de informações e trocas afetivas;
- ✓ Amenidades: refere-se às comodidades oferecidas aos utentes em termos de conforto e bem-estar, às propriedades das instituições ou dos próprios cuidados, como sejam conceção arquitetónica dos edifícios, a distribuição dos espaços, a luminosidade, existência de televisões, etc.

Estes componentes estão sempre inter-relacionados, pelo que só quando avaliados no seu conjunto é que poderemos conhecer a qualidade dos cuidados de modo mais realista e fidedigno.

Donabedian (1969), destacou três principais dimensões que devem ser avaliadas na qualificação de uma ação ou serviço de saúde. As mesmas constituem nos dias de hoje o paradigma dominante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde:

Figura 6- Tríade de Donabedian

1.Estrutura **➡** 2. Processo **➡** 3. Resultado

Fonte: Elaboração Própria.

1.Estrutura

A estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, isto é, os recursos materiais e humanos disponíveis, o ambiente físico, a estrutura organizacional da equipe de profissionais e os métodos de pagamento e reembolso. A existência de boas condições estruturais, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços. Muito embora possa ser considerada como condição necessária, pois uma boa estrutura, recursos suficientes e um sistema adequado, são provalmente formas de proteger e promover a qualidade dos cuidados com a saúde (Donabedian, 1980; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991 & Mezomo, 2011).

2.Processo

O processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e utentes e aos métodos como estas atividades são desenvolvidas pelos profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados, englobando os cuidados diretos, os não diretos, e ainda os padrões de comportamento dos profissionais. Além disso, está diretamente relacionado com os resultados, contribuindo por isso para elevar ou não o nível de qualidade dos cuidados, também relacionado com os componentes da qualidade: aspetos técnicos da prestação, relações interpessoais e estrutura (Donabedian, 1980; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991 & Mezomo, 2011).

O processo engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais da saúde para transformar os recursos em resultados, como, por exemplo, os exames, diagnósticos e o tratamento médico.

3.Resultado

O resultado corresponde aos efeitos que as ações e os procedimentos provocam no estado de saúde do utente ou da população e que possam ser atribuídos a um cuidado prévio. Pode também definir-se como sendo as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação dos utentes decorrente dos cuidados prestados. Os resultados permitem-nos determinar a efetividade, a eficiência e a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde que lhes foram prestados (Donabedian, 1980; Clearly & McNeil, 1988; Ferreira, 1991 & Mezomo, 2011).

Os resultados dessas intervenções na saúde dos utentes são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos mesmos, servindo de exemplos o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e a melhoria da qualidade de vida.

Donabedian (1990), estruturou uma série de elementos e características que podem ser consideradas como relevantes na prestação de cuidados a um utente, às quais chamou “dimensões”. Estas compreendem: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Quadro nº1- Sete dimensões para a avaliação da qualidade

Eficácia	Capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
Eficiência	Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. 1990

2.4 Características do utente do SNS

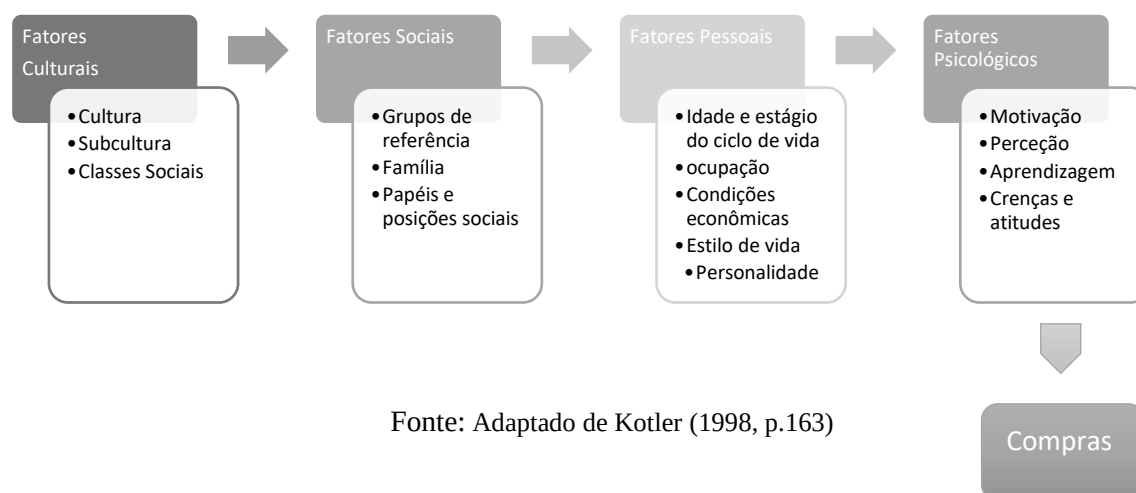
O comportamento do consumidor é o estudo dos processos envolvidos quando indivíduos ou grupos seleccionam, compram, usam ou descartam produtos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer necessidades e desejos (Solomon, 2011, p.33).

Cobra (1997), afirma que cada consumidor reage de forma diferente sob estímulos iguais, e isso ocorre porque cada um possui uma caixa preta diferente. Compreende-se que cada pessoa tem uma personalidade diferente uma da outra, ou seja, a reação de uma pode não ser a mesma da outra por isso é importante para as empresas investirem no estudo desse comportamento, pois são motivados e influenciados por diversas formas.

A busca pelas influências que os consumidores sofrem no decorrer da vida serve para alertar as empresas sobre as mudanças que esses possam a vir a refletir no seu comportamento como consumidor.

Solomon (2002) e Schiffman e Kanuk (2000) compreendem que o indivíduo, como consumidor, sofre influências psicológicas, pessoais, sociais e culturais. Kotler (1998), corroborando os princípios conceituais dos referidos autores, adaptou os conceitos teóricos apresentando um modelo que demonstra os fatores psicodinâmicos internos e externos que atuam sobre o consumidor.

Figura 7 - Fatores de influência no processo de decisão de compra



As principais características do utente que afetam a sua decisão na escolha do prestador de serviço podem ser categorizadas em fatores culturais, fatores sociais, fatores pessoais e individuais.

a) Fatores Culturais

Segundo Kotler (1998, p. 162), “os fatores culturais exercem a mais ampla influência sobre o comportamento do consumidor”

Dentro dos fatores culturais existem subdivisões onde são chamadas de cultura, subcultura e a classe social, que são os fatores que vão influenciar o consumidor na hora da escolha de um produto. A cultura nos reflete a sociedade em que vivemos como nos vestimos como pensamos e como essa mesma sociedade irá interferir no comportamento de compra do consumidor.

Schiffman e Kanuk (2000, p. 286) definem cultura como “a soma total das crenças, valores e costumes aprendidos que servem para direcionar o comportamento de consumo dos membros de determinada sociedade”. Dessa forma, os integrantes de uma sociedade acabam adquirindo um conjunto de valores, percepções, preferências e comportamentos através da vida familiar e de outras instituições básicas, que acabam, logicamente, interferindo em seus hábitos de consumo presentes e futuros

Já a subcultura é baseada em uma característica específica diante da subdivisão de uma cultura nacional, como exemplo, por idade, etnia etc. E por fim a classe social que influencia diretamente no tipo e na forma de consumir determinado produto onde essa divisão por classe é baseada em status, valores, estilos de vida etc.

b) Fatores Sociais

Na sequência têm-se os fatores sociais como grupos de referência, família, papéis e posições sociais que acabam por influenciar o comportamento de compra (Kotler & Keller, 2006).

Grupos de referência

Para Churchill e Peter (2000, p.160), “os grupos de referência são aqueles grupos de pessoas que influenciam os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos do consumidor”. Kotler (1998, p.164) afirma que existem os grupos de afinidade denominados

“primários”, e os grupos de afinidade denominados “secundários”. Os grupos primários são constituídos pela família, pelos amigos, pelos vizinhos e pelos colegas de trabalho; com estes grupos a pessoa interage mais continuamente e são informais. Já os grupos secundários são constituídos pelas religiões, sindicatos e profissões, os quais tendem a ser mais formais e exigem interação menos contínua.

Pode-se constatar que as pessoas também são influenciadas por grupos de que não são membros (Schiffman & Kanuk, 2000). Assim, os autores afirmam que grupos aos quais uma pessoa gostaria de pertencer são chamados de “grupos de aspiração”. Da mesma forma, existem aqueles grupos repudiados, que, segundo os mesmos autores, são denominados “grupos de negação”. Ainda sobre os grupos de referência, é importante ressaltar de que forma pode se dar a sua influência sobre os consumidores. Churchill e Peter (2000) esclarecem que na maioria dos casos os grupos de referência não dizem diretamente aos consumidores o que fazer, mas são os consumidores que se deixam influenciar pela opinião do grupo ou por se preocuparem com os sentimentos dos membros do grupo.

Família

Kotler e Keller (2006, p.177) sustentam que, “os membros da família constituem o grupo primário de referência de maior influência”. Podem-se distinguir entre duas famílias na vida do comprador: a de “orientação”, que é formada pelos pais, e a de “procriação”, por esposa e filhos. Contudo, Solomon (2002) destaca que a organização familiar tradicional está diminuindo e à medida que isso acontece, as pessoas estão colocando ênfase ainda maior em irmãos, amigos íntimos e outros familiares para ter companhia e apoio social. Portanto, torna-se fundamental descobrir os papéis de cada membro na compra de determinado bem/serviço, o que pode ser a chave do sucesso para as empresas que querem permanecer competitivas no mercado (Kotler & Keller, 2006).

Papéis e posições sociais

Nos diferentes grupos sociais nos quais as pessoas participam ao longo de suas vidas, tendem a assumir diferentes papéis e posições sociais. Neste sentido, é fato que as pessoas, como diz Kotler (1998), escolham produtos que comuniquem seu papel e status na sociedade.

Churchill e Peter (2000, p.160) afirmam que “as pessoas de diferentes classes sociais tendem a fazer escolhas diferentes em relação a suas roupas, decoração doméstica, uso do tempo de lazer, escolha dos meios de comunicação e padrões de gastos e poupanças”.

c) Fatores Pessoais

Os fatores pessoais estão relacionados com características que incluem a idade e o ciclo de vida (Kotler, 1998). Os fatores que influenciam o comportamento do consumidor incluem também a ocupação, circunstâncias económicas, estilo de vida, personalidade e autoconceito (Kotler, 2002).

Idade e ciclo de vida

Durante a vida, as pessoas irão oscilar entre comportamentos e opiniões, pois vivenciam ciclos, estágios diferentes ao longo da vida e cada momento exige uma necessidade de consumo, diante disso Dias define: as pessoas, ao longo de sua vida, além das mudanças de hábito e novas expectativas advindas com a maturidade, passam a comprar diversos produtos, como roupas e remédios, e serviços, como lazer, de acordo com a idade (Dias, 2004, p.62).

Ocupação

Diz respeito à profissão que o consumidor exerce. Um *CEO* de uma empresa receberá consultas em clínicas privadas dentro ou fora do país. Ou seja, Kotler (1998, p.169) explica que o trabalho dos consumidores influencia seus padrões de consumo.

Condições económicas

Renda disponível, poupança e patrimônio, condições de crédito, atitudes em relação às despesas versus poupança. São de forma resumida, os elementos que determinam as condições económicas, as quais, tendo-se por base Kotler (1998), afetam diretamente a escolha de produtos.

Estilo de vida

Define-se pelo padrão de vida expresso em termos de atividades, interesses e opiniões. Segundo Kotler (1998), é possível que empresas se posicionem no mercado através de

associações entre seus produtos e o estilo de vida dos consumidores reais e potenciais dos mesmos.

Personalidade

Richers (1984, p.49) afirma que “a personalidade de um indivíduo é composta de uma multiplicidade de componentes que incluem valores, atitudes, crenças, motivos, intenções, preferências, opiniões, interesses, preconceitos e normas culturais”. De acordo com Kotler (1998), a personalidade é uma variável importante para análise do comportamento do consumidor. Contudo, é necessário classificar tipos de personalidade e estabelecer correlações fortes entre certos tipos de personalidade e escolhas de produto ou marca.

d) Fatores psicológicos

Segundo Sant’Anna (1989), para que um consumidor tome a decisão de compra é preciso que na sua mente se desenvolvam os seguintes estados: existência de uma necessidade, consciência desta necessidade, conhecimento do objeto que a pode satisfazer, desejo de satisfazê-la e decisão por determinado produto. Nesse sentido, conforme Kotler (1998), existem quatro importantes fatores psicológicos que influenciam as escolhas dos consumidores: motivação, percepção, aprendizagem e crenças e atitudes.

Motivação

De acordo com Kotler (1998, p.173), “um motivo ou impulso é uma necessidade que está pressionando suficientemente para levar uma pessoa a agir”.

Para Schiffman e Kanuk (2000), a motivação é a força motriz interna dos indivíduos que os impele à ação, a qual é produzida por um estado de tensão, que existe uma vez que há uma necessidade não satisfeita. A administração de marketing, de acordo com Kotler e Keller (2006, p. 183-184), considera três teorias da motivação:

-Teoria da motivação de Freud: Freud assumiu que as forças psicológicas reais que moldam o comportamento das pessoas são inconscientes;

-Teoria da motivação de Maslow: para Maslow, as necessidades humanas são organizadas numa hierarquia, partindo das mais urgentes às menos urgentes. Maslow chegou

a esta conclusão buscando responder por que as pessoas são dirigidas por certas necessidades em ocasiões específicas;

- **Teoria da motivação de Herzberg:** desenvolveu a teoria dos dois fatores: insatisfatórios (aqueles que causam a insatisfação) e satisfatórios (aqueles que causam a satisfação). São duas as implicações de tais teorias: primeiro, devem-se evitar os fatores que causam a insatisfação; depois, identificar os fatores que causam a satisfação.

Percepção

Kotler (1998, p.174), diz que quando uma pessoa se encontra motivada, está pronta para agir. Neste sentido, “percepção é a forma pela qual uma pessoa seleciona, organiza e interpreta as informações para criar um quadro significativo do mundo”. Schiffman e Kanuk (2000, p.103) definem percepção como “o processo pelo qual um indivíduo seleciona, organiza e interpreta estímulos visando a um quadro significativo e coerente do mundo”. São três os processos de percepção (Kotler, 1998, p.175):

- **Atenção seletiva:** é mais provável que as pessoas percebam estímulos relacionados a uma necessidade atual, assim como é mais provável que percebam estímulos previstos e estímulos cujos desvios sejam maiores em relação a um estímulo normal;

- **Distorção seletiva:** tendência de as pessoas interpretarem as informações conforme suas intenções pessoais, reforçando suas preconcepções ao invés de contrariá-las;

- **Retenção seletiva:** as pessoas tendem a reter as informações que reforcem suas atitudes e crenças.

Aprendizagem

Segundo Kotler (1998, p.175), “aprendizagem são todas as mudanças ocasionadas no comportamento de um indivíduo em função de suas experiências”. Esta teoria ensina que se pode desenvolver a demanda por um produto associando-o a impulsos fortes, usando sugestões motivadoras e fornecendo reforço positivo. Richers (1984, p.50), salienta que “o homem é capaz de aprender e alterar os seus comportamentos através da ampla utilização de sua experiência passada”. O autor ainda apresenta duas explicações psicológicas para a natureza do aprendizado: a cognitiva (por meio da qual o indivíduo se conscientiza de um estímulo) e a

afetiva (que ocorre quando alguém começa a apreciar o estímulo após tornar-se consciente dele).

Crenças e atitudes

O homem, enquanto indivíduo, é dotado de razão e personalidade única. Nesse sentido, segundo Kotler (1998, p.176), “crença é um pensamento descritivo que uma pessoa sustenta sobre algo”. Quanto às atitudes, afirma que estas colocam as pessoas numa estrutura mental de gostar ou desgostar de um objeto. Ainda, como afirma Solomon (2002, p. 165), “uma atitude é duradoura porque tende a persistir ao longo do tempo”.

2.5 Humanização no SNS

De acordo com o Dicionário Online de Português, etimologicamente a palavra “humanizar” tem origem no Francês “humaniser”, que significa, acessível, humanar, sociável.

Segundo o site Significados Humanização é a ação ou efeito de humanizar, de tornar humano ou mais humano, tornar benévolo, tornar afável. A humanização é um processo que pode ocorrer em várias áreas, como Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Exatas, etc. Sempre que ocorre, a humanização cria condições melhores e mais humanas para os trabalhadores de uma empresa ou utilizadores de um serviço ou sistema.

No contexto da saúde, a TOTVS-BLOG (2021) destaca que a “humanização propõe um atendimento mais focado no relacionamento entre os profissionais de saúde e os cidadãos. Aqui, o diagnóstico é facilitado e o médico responsável pode dar atenção ao histórico do paciente, em vez de analisar resultados apenas no momento do atendimento.

A proposta de humanizar a saúde e o atendimento é modificar a frente de atuação da medicina – que se limita ora à cura, ora à manutenção pela vida – e, também, atuar na prevenção e conscientização em prol de uma rotina mais saudável e plena. O objetivo é realmente procurar construir uma relação com o paciente, de forma a facilitar os tratamentos. Dessa forma, o atendimento médico não se restringe apenas ao conhecimento técnico dos profissionais — o que por vezes torna as interações um tanto objetivas demais”.

Para a Totvs-Blog um atendimento humanizado possui determinadas características, tais como:

- Profissionais éticos;
- Tratamento individualizado;
- Confiança, segurança e apoio;
- Empatia, respeito e acolhimento;
- Confiança e apoio que gera segurança;
- Infraestrutura de ponta e tecnologias que facilitem as rotinas;
- Capacidade de ouvir e ser sensível às questões particulares de cada um.

Com efeito, o atendimento humanizado permite que haja não só uma verdadeira aproximação entre o profissional de saúde e o utente, bem como cria uma ótima atmosfera no ambiente de trabalho, daí tal acolhimento ser de extrema importância, o que não se verifica no serviço de atendimento tradicional.

A discussão sobre a humanização na saúde não é atual, na medida em que, existem políticas de humanização na saúde, em particular em Angola, na medida em que o Decreto Presidencial n.º 277/20, de 26 de Outubro, que aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, apresenta dentro da sua estrutura, o Gabinete de Ética e Humanização, no seu artigo 16.º, enquanto serviço encarregue pela promoção e implementação do programa de humanização, da assistência e de cuidados de saúde, bem como a boa gestão dos gabinetes do utente do SNS.

Segundo o referido Gabinete de Ética e Humanização (PDH2e) “a humanização na saúde implica uma mudança na gestão dos Sistemas de Saúde e seus serviços. Essa mudança altera o modo como os Utentes e os Profissionais de saúde interagem entre eles. A humanização na área da saúde tem como um dos seus principais objetivos fornecer um melhor atendimento aos utentes e seus familiares, bem como melhores condições de trabalho para os Profissionais de Saúde.

Outrossim, faz-se menção a existência de um Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde de Angola (PNHAS), tendo-se realizado várias atividades na semana da humanização e implementados projetos.

Na reportagem do Jornal de Angola (2020), o então Diretor do Gabinete de Ética e Humanização do MINSA realçou que o referido Gabinete “trabalha com os quadros da Saúde, entre eles médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, para se inverter a forma como se acolhe um paciente, que deve ser tratado como pessoa”.

Por outro lado, ainda na reportagem, Desidério Carvalho, que abordava o tema em nome da Ordem dos Médicos, afirma que “o trabalho do Ministério da Saúde, no que respeita à humanização dos serviços, é positivo. (...) considera não ser por aí que se consegue atingir a humanização, por ausência de um conjunto de elementos. A humanização é um teto, mas tem sido suportada por uma base que não é sólida. A humanização tem de ser vista como a meta a ser atingida e não o meio em si para se atingir uma meta”.

Não obstante se tenha dados passos e existam políticas e estruturas para o efeito, a verdade é que persistem os mesmos problemas de atendimento ao público, o que tem desencorajado os utentes que têm condições financeiras a recorrerem ao setor de saúde privado, em particular ao exterior do país, uma vez que o atendimento no setor privado também não é dos melhores.

Logo, a maior parte da população que não dispõe de valores financeiros, não tem outra opção, senão recorrer aos hospitais públicos. A título de exemplo, de acordo com o site Angola 24 horas (2022), ocorreu um caso paradigmático do Jovem que perdeu a Mãe na porta do Hospital Geral de Luanda por falta de atendimento, o que levou o MINSA e o GPL a abrirem um inquérito sobre o sucedido.

Após inquérito, segundo Jornal de Angola (2023) o Governador exonerou a Direção do Hospital Geral de Luanda.

Método

Este capítulo aborda as premissas utilizados no apuramento dos objetivos da dissertação. São apresentados os participantes, o instrumento e o procedimento adotado.

1. Participantes

Os participantes, numa amostra de 162, foram extraídos da população residente em território angolano e com idades acima dos 16 anos, através do método de amostragem não probabilístico por conveniência.

Como perfil sociodemográfico, das 162 respostas obtidas, 53,7% são do sexo masculino e 46,3% do sexo feminino. No que diz respeito à idade, verifica-se que a maior percentagem pertence à faixa etária dos 26-35 anos, representando 54,3% da amostra, seguindo-se o escalão 36-45 anos com 19,1%; 16-25 anos com 18,5%; 46-55 anos com 4,3% e 56-65 anos com apenas 3,7%.

A generalidade dos participantes possui formação superior, mais especificamente 69,8% possuem a licenciatura, 10,5% têm o grau de mestrado e 2,4% de doutoramento. Dos que não possuem formação superior, 17,3 % detêm o ensino secundário. Relativamente à situação profissional, 64,8% encontram-se empregados, 16,7% trabalhadores estudantes, 8,6% são estudantes e apenas 8% dos participantes se encontram inativos por desemprego ou reforma. Em relação ao rendimento médio mensal do agregado, 21,4% têm rendimentos compreendidos entre 201-300 mil Akz por mês. Em concreto, 16,4% tem um rendimento acima de 1 milhão Akz; 14,3% recebem entre 51-100 mil Akz; 13,6% recebem entre 101-200 mil Akz; 8,6% recebem entre 401-500 mil Akz e 8,6% recebem entre 301- 400 mil Akz.

Existe um predomínio de indivíduos solteiros (54,3%) em relação aos casados ou em união de facto (45,1%). Verificou-se que os respondentes residem maioritariamente em casa arrendada (36,4%), seguindo-se 29,6% a residir em casa de família e apenas 34% a residir em casa própria.

2. Instrumento

Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado (Apêndice II), que foi construído especificamente para esta investigação. O mesmo está subdividido em três partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica dos participantes; a segunda referente a sua perceção quanto à adequação da prestação dos serviços clínicos, interação dos profissionais nas unidades hospitalares e infraestruturas das unidades hospitalares; e a terceira referente a sua sugestão de melhoria. O questionário é composto por 34 itens fragmentados em perguntas de escolha múltipla e de escala de Likert para medir as atitudes dos participantes.

Após uma verificação da normalidade da distribuição das respostas, através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, verifica-se que os 21 itens do questionário não seguem uma distribuição normal ($p < 0,05$).

3. Procedimento

A investigação foi efetivada por meio de um questionário via *online*. A divulgação do *link*, para preenchimento foi disponibilizada na plataforma Google Forms em 28 de agosto de 2022, com o endereço https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdLWUyTE5RCuo1ygOJwsnkW64JEc_sw1bQFD0hO2kmJGaF6g/viewform?usp=pp_url. A divulgação foi feita através de contatos do autor na rede social de WhatsApp. Posteriormente os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no programa SPSS.

Análise de Resultados

1. Análise Descritiva

De forma a compreender os padrões das respostas obtidas, foi efetuada uma análise da média e do desvio-padrão dos 21 itens do questionário - Apêndice IV.

- Dimensão «infraestruturas das unidades hospitalares»

Em relação ao item « há acessibilidade às unidades hospitalares» o ponto "1 – Discordo totalmente" foi manifestado em 35,8% da amostra. O seu conhecimento também se comprova através do ponto "2-Discordo", respondido por 30,9% dos participantes.

Alusivo a « unidades hospitalares possuem um balcão de receção» o ponto "2 - Discordo" foi manifestado em 29% da amostra. O seu conhecimento também se comprova através do ponto "1-Discordo totalmente", respondido por 13% dos participantes;

Referente ao item «as unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (placas de orientação, setas, placas de identificação de espaços) » é um item maioritariamente consensual pelos participantes com 28,4% de respostas no ponto "1 -Discordo totalmente" e “2- Discordo", respectivamente;

No que toca « boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos) » o ponto "1 - Discordo totalmente" e "2 - Discordo" foi respondido por 35,8% 29% dos participantes, respetivamente. Ainda assim, 21,6% caracterizaram o ponto neutro "3 - Não concordo nem discordo" como resposta;

Relativamente à afirmação «é feita a esterilização dos equipamentos», concluiu-se que a sua preponderância é irrelevante, com 37% da amostra respondendo o ponto "3 - Não concordo nem discordo" e 23,5% em "4 - Concordo". Paradoxalmente, 20,4% da amostra afirmou que não é feita a esterilização dos equipamentos, através da resposta no ponto "2 - Discordo";

A « higienização dos cómodos (wc, salas de espera, consultórios médicos) » também se evidenciou, apresentando 35,8% de respostas no ponto “1 – Discordo totalmente". Ainda assim 29% retribui o ponto "2- Discordo;

Quanto a afirmação « possuem energia da rede pública» o ponto "4 - Concordo" foi manifestado em 29,6% da amostra. O seu conhecimento também se comprova através do ponto "5-Concordo totalmente", respondido por 21% dos participantes;

Não obstante, a afirmação « possuem água canalizada» os inquiridos demonstraram que é "3-Não concordo nem discordo" com 28,4% seguido de "2-Discordo" com 25,3%.

Para o item « possuem espaços climatizados com câmaras de vigilância» destacou-se como sendo "1 – Discordo totalmente" com 39,5% seguido de "2-Discordo" com 28,4%.

Relativamente a alimentação de utentes e visitantes, com a afirmação « possuem serviços de apoio como restauração e bares» 41,4% do inquiridos corroboraram com o ponto "1 – Discordo totalmente" seguido de "2 – Discordo" com 27,2%.

- Dimensão «interação dos profissionais nas unidades hospitalares»

Quanto à afirmação « durante as horas de trabalho, o pessoal clínico das unidades hospitalares evita ocupar tempo com assuntos pessoais» constatou-se uma incidência no ponto "1 – Discordo totalmente" com 37%, seguido de "3 – Não concordo nem discordo" com 26,5%.

Para com o item «são cumpridas as ordens de chegada» os inquiridos afirmaram que é "1 – Discordo totalmente" com 42% e "2 – Discordo" com 25,9%.

Em adição, os inquiridos responderam que é o ponto "1 – Discordo totalmente" com 35,8% ao item «são cumpridas as ordens de atendimento» seguido de "2 – Discordo" com 27,8%.

Confirmou-se descontentamento por parte dos inquiridos ao selecionarem o ponto "1 – Discordo totalmente" para com os profissionais da saúde quanto a « atenção » com 36,4% e «transmissão de segurança e conforto aos utentes» com 42%. Em contrapartida, denotou-se neutralidade ao optarem pelo ponto "3 – Não concordo nem discordo" em relação a «eficiência» com 26,5%.

Para a afirmação «os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica, precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos» 30,2% afirmaram que é "3 – Não concordo nem discordo", todavia 25,9% dos inquiridos afirmaram que é "2 – Discordo".

- Dimensão «adequação da prestação dos serviços clínicos»

Quanto à afirmação «no internamento Pediátrico, as unidades hospitalares dispõem de camas para todos os pacientes» o ponto “1 – Discordo totalmente” foi manifestado em 53,1% da amostra.

Do mesmo modo que também se observou um elevado índice de 37% da amostra na afirmação «as unidades hospitalares fornecem alimentação aos internados» com o ponto o ponto “1 – Discordo totalmente” seguido de “2 – Discordo” com 26,5%.

Sobre a afirmação «as unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção, por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes» o ponto “1 – Discordo totalmente” foi manifestado em 35,8% da amostra.

O item «as farmácias hospitalares são abastecidas regularmente com medicamentos, a fim de responderem prontamente às solicitações dos utentes e profissionais da saúde», foi novamente marcado pela negativa, com 51,2% para “1 – Discordo totalmente”.

2. Testes das Hipóteses

Para avaliar o grau de associação entre variáveis em escala ordinal, aplica-se o teste de correlação de Spearman. Para comparar resultados entre grupos independentes, aplica-se o teste diferença de médias de Kruskal Wallis. As seguintes análises apresentam o nível de significância estatística de 0,05.

Hipótese 1- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as características pessoais dos utentes (situação profissional e sexo) e a sua perceção sobre a adequação da prestação dos serviços clínicos.

▪ Sexo

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente aos fatores referidos ($p > 0,05$). Há predominância do género masculino nas respostas inerentes à adequação da prestação dos serviços.

- **Situação Profissional**

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional dos utentes e a sua perceção sobre a adequação da prestação dos serviços clínicos ($p>0,05$). A nível descritivo, a amostra é maioritariamente predominante por trabalhadores.

Hipótese 2- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as características pessoais dos utentes (idade e habilitações literárias) e a sua perceção sobre a interação dos profissionais nas unidades hospitalares.

- **Idade**

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos inquiridos quanto à sua perceção sobre a adequação da prestação dos serviços ($p>0,05$). A nível descritivo a amostra é maioritariamente predominante por participantes da faixa etária dos 26 aos 35 anos.

- **Habilitações Literárias**

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações dos inquiridos quanto à sua perceção sobre a interação dos profissionais nas unidades hospitalares ($p>0,05$). A amostra é maioritariamente predominada por licenciados.

Hipótese 3- Existem diferenças estatisticamente significativas entre as características pessoais dos utentes (escalão de remuneração mensal líquida, composição do agregado familiar e habitação) e a sua perceção sobre as infraestruturas das unidades hospitalares.

- **Escalão de Remuneração Mensal Líquida**

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o ordenado que os utentes recebem mensalmente e a sua perceção sobre as infraestruturas das unidades hospitalares ($p>0,05$).

▪ Composição do agregado familiar

Na tabela 1, verifica-se que existe apenas uma diferença significativa entre agregados com filhos e sem filhos. Os agregados com filhos valorizam mais a dimensão « acessibilidade às unidades hospitalares» do que os agregados sem filhos.

Tabela 1- Teste de Mann-Whitney para «Composição do agregado familiar»

		Postos		Soma de Classificações
	4.Filhos:	N	Posto médio	
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frotas de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).	Filho	99	87,92	8704,00
	Sem filho	63	71,41	4499,00
	Total	162		
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	Filho	99	82,16	8133,50
	Sem filho	63	80,47	5069,50
	Total	162		
12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc.).	Filho	99	85,47	8462,00
	Sem filho	63	75,25	4741,00
	Total	162		
12.4. Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	Filho	99	85,40	8455,00
	Sem filho	63	75,37	4748,00
	Total	162		
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc.).				
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	Filho	99	80,93	8012,50
	Sem filho	63	82,39	5190,50
	Total	162		

C) Higienização dos cômodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	Filho	99	80,04	7923,50
	Sem filho	63	83,80	5279,50
	Total	162		
d) Possuem energia da rede pública.	Filho	99	78,74	7795,50
	Sem filho	63	85,83	5407,50
	Total	162		
e) Possuem água canalizada.	Filho	99	82,41	8159,00
	Sem filho	63	80,06	5044,00
	Total	162		
f) Possuem espaços climatizados com câmaras de vigilância	Filho	99	82,29	8147,00
	Sem filho	63	80,25	5056,00
	Total	162		
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	Filho	99	81,23	8042,00
	Sem filho	63	81,92	5161,00
	Total	162		

Estatísticas de teste ^a

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significância Sig. (2 extremidades)
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frota de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).	2483,000	4499,000	-2,284	,022
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	3053,500	5069,500	-,230	,818
12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc.).	2725,000	4741,000	-1,394	,163
12.4. Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	2732,000	4748,000	-1,385	,166
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc.).				
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	3062,500	8012,500	-,200	,842

C) Higienização dos cómodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	2973,500	7923,500	-,515	,607
d) Possuem energia da rede pública.	2845,500	7795,500	-,966	,334
e) Possuem água canalizada.	3028,000	5044,000	-,320	,749
f) Possuem espaços climatizados com camaras de vigilância	3040,000	5056,000	-,284	,777
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	3092,000	8042,000	-,096	,924

▪ Estado Civil

Na tabela 2, verifica-se que existe algumas diferenças significativas entre os participantes solteiros, casados/união de facto e viúvos. Os participantes solteiros valorizam mais os aspetos « as unidades hospitalares dispõem de boa sinalética» e «possuem água canalizada».

Tabela 2- Teste de Kruskal Wallis para «Estado Civil»

Postos			
	3. Estado Civil:	N	Posto médio
12. Numa escala de 1 a 5 (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente/Neutro; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente), assinale o seu grau de concordância nas seguintes afirmações:	Solteiro	88	75,91
	Casado(a)/União de facto	73	88,21
	Viúvo(a)	1	83,50
	Total	162	
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frotas de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).			
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	Solteiro	88	75,79
	Casado(a)/União de facto	73	87,38
	Viúvo(a)	1	154,50
	Total	162	

12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc.).	Solteiro	88	73,24
	Casado(a)/União de facto	73	91,62
	Viúvo(a)	1	69,50
	Total	162	
12.4. Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	Solteiro	88	75,21
	Casado(a)/União de facto	73	89,08
	Viúvo(a)	1	82,00
	Total	162	
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc.).			
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	Solteiro	88	76,92
	Casado(a)/União de facto	73	87,05
	Viúvo(a)	1	79,50
	Total	162	
c) Higienização dos cómodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	Solteiro	88	75,18
	Casado(a)/União de facto	73	89,90
	Viúvo(a)	1	24,00
	Total	162	
d) Possuem energia da rede pública.	Solteiro	88	76,56
	Casado(a)/União de facto	73	86,58
	Viúvo(a)	1	145,50
	Total	162	
e) Possuem água canalizada.	Solteiro	88	73,70
	Casado(a)/União de facto	73	90,14
	Viúvo(a)	1	137,00
	Total	162	
f) Possuem espaços climatizados com camaras de vigilância	Solteiro	88	76,86
	Casado(a)/União de facto	73	87,76
	Viúvo(a)	1	32,50
	Total	162	
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	Solteiro	88	75,92
	Casado(a)/União de facto	73	88,12
	Viúvo(a)	1	89,50
	Total	162	

	Estatísticas de teste ^{a,b}		
	H de Kruskal-Wallis	Df	Significância Sig.
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frota de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).	3,005	2	,223
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	5,161	2	,076
12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc.).	6,589	2	,037
12.4. Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	3,794	2	,150
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc.).			
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	2,010	2	,366
c) Higienização dos cômodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	5,805	2	,055
d) Possuem energia da rede pública.	3,923	2	,141
e) Possuem água canalizada.	6,673	2	,036
f) Possuem espaços climatizados com câmaras de vigilância	3,595	2	,166
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	3,028	2	,220

Discussão

Neste capítulo são discutidos os principais resultados obtidos através da análise empírica, de forma a verificar-se os objetivos propostos pelo estudo, isto é, perceber se as características pessoais dos utentes influenciam na sua perceção sobre a qualidade do atendimento nos hospitais públicos. No seguimento desta contextualização do propósito e objetivos do estudo, numa primeira fase será feito um resumo dos principais resultados, e numa segunda fase, será feita uma análise da associação entre as variáveis, tendo em conta as hipóteses de investigação e do modelo teórico.

No presente estudo foi traçado um perfil geral dos participantes do questionário (Apêndice I), os quais são, maioritariamente, do sexo masculino, idade adulta (26–35 anos), formação superior e apresentam-se empregados, com um rendimento líquido mensal entre os 201– 300 mil Akz. Os participantes são maioritariamente solteiros e residem em casa arrendada com filhos.

Após uma análise da média e desvio de padrão (Apêndice IV), podemos constatar «Possuem energia da rede pública.» bem como «Possuem água canalizada» bem como «As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes» bem como «É feita a esterilização dos equipamentos» pertencentes à dimensão «infraestruturas das unidades hospitalares» e a afirmação « As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza) eficientes» pertencente à dimensão «interação dos profissionais nas unidades hospitalares».

Estas escolhas, demonstram a infraestrutura como um fator chave na perceção do utente sobre a qualidade do atendimento, tal como comprovado na literatura. Embora não garanta um nível de qualidade, a primeira impressão dos utentes parte pela organização das infraestruturas (Donabedian, 1961).

Em adição ao fator chave, a eficiência tem um contributo positivo para a qualidade do atendimento ao utente. Donabedian associa o termo eficiência as setes dimensões para avaliação da qualidade: a possibilidade de redução de custos desencadeada pela obtenção de bons resultados.

Uma das importantes conclusões registadas, diz respeito a consensualidade apresentada pelos 162 participantes, ao contestarem contra às afirmações com o ponto “1 – Discordo totalmente” para 21 itens do questionário. O único item melhor classificado dos demais foi: «possuem energia da rede pública».

Outro aspeto bastante pertinente manifestado por 51,9% da amostra, é a presença da corrupção dentro das unidades hospitalares, o pagamento do valor extra a fim de salvaguardarem os seus interesses como acesso à medicamentos e serviço prestado com excelência. Nota-se a gravidade da situação diante dos resultados obtidos.

Foi possível aferir que os utentes com filhos têm uma perceção diferente a dos utentes sem filhos em relação a acessibilidade às unidades hospitalares. Angola apresenta localidades onde os hospitais públicos ficam muito distantes das moradias da população, por consequência os pais dos utentes internados tendem a dormir na área externa dos hospitais, mais propriamente no chão dos passeios, estando sujeitos ao contágio de doenças tais como Paludismo e Febre Tifoide, devido a presença de mosquitos, água parada e lixo. Tal situação foi documentada pela RTP Notícias no dia 23 de agosto do ano corrente, onde algumas mães entrevistadas pelo jornalista António Jorge, à porta da maternidade em Luanda, solicitaram intervenção por parte do estado, com a criação de infraestruturas onde possam passar à noite.

Constatou-se que os participantes solteiros valorizam mais os aspetos « as unidades hospitalares dispõem de boa sinalética» e «possuem água canalizada». Segundo a matéria publicada pelo jornal de Angola, tem havido inexistência de sinalética de evacuação. O porta-voz nacional do Serviço de Proteção Civil e Bombeiros adiantou que a falta de meios de extinção de incêndios de primeira e segunda intervenção, rampa de acesso e de wc para pessoas com mobilidade reduzida estão também entre as irregularidades indicadas durante as inspeções e reinspeções.

No que diz respeito à associação entre as variáveis «habilitações literárias» e «linguagem clínica adotada pelos profissionais da saúde» é estatisticamente muito fraca e negativa, $r = -0,47$ e $p = 0,551$. Ou seja, as habilitações literárias não influenciam na compreensão da linguagem adotada pelos médicos. Um arquiteto pode não perceber alguns

termos médicos pois diferem dos termos usados na sua área de formação. Quanto a relação entre as variáveis «eficiência dos profissionais da saúde» e «uso de equipamentos de proteção» é estatisticamente muito fraca e positiva $r=0,439$ e $p=0,01$. Ou seja, embora seja fraca há uma associação positiva entre ambas, quanto maior o uso de equipamentos de proteção maior será o êxito do profissional da saúde no desempenho das suas atividades laborais.

Em suma, a lógica que permeia este tipo de avaliação é de que uma boa infraestrutura propicia bom atendimento aos utentes, e caso os profissionais da saúde façam o que deve ser feito, à vista do conhecimento disponível, os resultados de assistência à saúde serão melhores do que nas situações em que os mesmos não seguem os procedimentos recomendados. O que podemos constatar é que os fatores associados à qualidade do atendimento começam desde as características pessoais e sociais dos utentes, pois independentemente das condições que lhes forem apresentadas, a sua maneira de pensar, as crenças, classe económica, experiências, determinarão o que consideram ser de qualidade.

Por uma questão de crença e cultura, muitos utentes receiam os hospitais pelo mau atendimento, recorrem aos curandeiros tradicionais, adivinhos de santos, que trabalham com plantas, adivinhações e todo fenómeno cultural religioso africano. O fator cultural ainda exerce muita força em Angola. Por consequência, chegam tarde demais aos hospitais.

Por mais que o setor da saúde disponha de infraestruturas e insumos utilizados na assistência à saúde, em zonas urbanas e rurais, assim como seja feita a igual distribuição de recursos humanos no país, o atendimento humanizado também é considerado como um dos fatores associados à qualidade do atendimento.

Há que ser reintroduzido novos hábitos e costumes aos utentes e aos profissionais da saúde, primordialmente sobre a preservação do património público. A maior parte do lixo que se encontra na área externa das unidades hospitalares, é causado pelos próprios utentes.

Todavia, os profissionais da saúde têm de ter uma especial atenção à higienização dos cómodos, pois a saúde começa pela verificação de preceitos de higiene.

Os utentes já têm enraizado o pensamento de que só pagando um valor extra conseguirão um atendimento eficaz e eficiente. É uma doutrina que tem que ser interceptada, pois nunca conseguirão ver mudança se a mudança não começar pelos próprios utentes. Porém,

a negação à corrupção acarreta a falta de um medicamento ou a vida de um familiar. Nesta via, os órgãos competentes dos hospitais públicos, têm o dever de fazer a gestão dos recursos físicos e humanos.

Quanto aos recursos físicos, deve-se fazer a manutenção e atualização dos equipamentos, para evitar futuras avarias, assim como o reabastecimento de medicamentos com o intuito de evitar a ruptura de stock. Na gestão de pessoas, deve-se perceber o profissional da saúde por completo, suas motivações, angústias, bem-estar, acomodação, adaptação à cultura organizacional, principalmente os médicos que são transferidos para outras localidades, ficando distantes da família. Identificar as suas habilidades nas relações humanas, assim como as suas competências. O profissional da saúde deve ser supervisionado, receber formações e avaliações contínuas.

O profissional da saúde também é um utente, carece de cuidados e é atendido em outros estabelecimentos de igual ou diferente área de atuação. O atendimento humanista é a capacidade de se colocar no lugar de outrem, e atender do jeito que gostaria de ser atendido, aplicando a empatia e foco na resolução dos problemas. O prestador de serviço não precisa apenas de conhecimento, recursos e infraestrutura, também precisa de saber se relacionar com o próximo.

Conclusões

Esta investigação teve como objetivo analisar os fatores associados à qualidade do atendimento presencial ao público. A realização deste estudo permitiu aprofundar os conhecimentos na área do comportamento do utente, concretamente a sua perceção sobre a qualidade do atendimento, com bases nas características sociodemográficas.

A falta de acessibilidade aos serviços de saúde, transporte, educação, segurança, entre outros. Estão entre os motivos que desencadeiam aos angolanos o ímpeto de consultar-se no exterior ou deixar uma vida para traz imigrando para outro país. Infelizmente é verídico, um utente com estabilidade financeira, à procura de uma unidade hospitalar que apresente um aparelho de tomografia operacional ou de uma unidade hospitalar que disponha de funcionários que saibam manusear o mesmo. Angola carece de quadros formados que vistam a camisola, apresentando destreza, profissionalismo e humanismo no desempenho das suas atividades laborais. Há a necessidade de os profissionais de saúde fazerem jus ao juramento de Hipócrates ao contrário de aproveitarem-se da fragilidade apresentada pelos utentes ou até mesmo parentes, propensos a pagarem o que for para uma melhoria significativa no quadro de saúde.

A nível de limitações, a principal relaciona-se com o fato de o questionário ser via *online*, não abrangendo pessoas de classes desfavorecidas. Outra limitação foi a dificuldade em obter dados informativos, por a autora não se encontrar no país em estudo e por não terem muitas informações *online*. Por último, outra limitação prendeu-se com a disponibilidade da autora, nomeadamente a disponibilidade em conciliar a vida académica e profissional, bem como por questões pessoais que dificultaram o delineamento da investigação e o tratamento de dados.

Através dos resultados obtidos, futuras investigações deverão identificar com mais clareza as associações discutidas. Desta forma, recomendamos:

- Analisar outras variáveis consideradas pertinentes para o modelo de análise, de maneira a perceber se existem outros fatores associados à qualidade do atendimento;
- O aprofundamento do estudo do comportamento do utente, por estar em constante evolução e mudança.

Juramento de Hipócrates

Prometo solenemente consagrar a minha vida ao serviço da Humanidade.

Darei aos meus Mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos.

Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.

A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação.

Mesmo após a morte do doente respeitarei os segredos que me tiver confiado.

Manterei por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da profissão médica.

Os meus Colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político, ou posição social se interponham entre o meu dever e o meu Doente.

Guardarei respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça e não farei uso dos meus conhecimentos Médicos contra as leis da Humanidade.

Faço estas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra.

FÓRMULA DE GENEVRA Adotado pela Associação Médica Mundial, em 1983.

Bibliografia

Atlas da Saúde (2014, julho 3). Dispositivos médicos. Acedido em novembro de 2022 em <https://atlasdasaude.pt/publico/content/dispositivos-médicos> | Atlas da Saúde (atlasdasaude.pt)

Alves, M. J. P. (2009). *O serviço de atendimento permanente. Satisfação dos Utentes com assistência de enfermagem.* (Relatório) Universidade do Porto

ANGOMED- Portal de Atualidades Médicas (2016, março 16). *A desconfiança na medicina angolana e a busca de tratamento médico no exterior.* Acedido em janeiro de 2023 em <http://angomed.com/a-desconfiana-na-medicina-angolana-e-a-busca-de-tratamento-medico-no-exterior/7>

Angola 24 Horas Site (2022, dezembro 12). MINSA e GPL abrem inquérito para esclarecer morte uma cidadã por alegada negligência no Hospital Geral. Acedido em janeiro de 2023 em <https://angola24horas.com/sociedade/item/25755-minsa-e-gpl-abrem-inquerito-para-esclarecer-morte-uma-cidada-por-alegada-negligencia-no-hospital-geral/>

Benpenhill (2020, setembro 20). *Qual o papel do enfermeiro na promoção da saúde?*

Acedido em novembro de 2002 em <https://quaisquerrespostas.com.pt/blogue/qual-o-papel-do-enfermeiro-na-promocao-a-saude/>

Cleary, P. D & McNeil, B.J. (1988). *Patient satisfaction as an indicator of quality care* (Vol.25, nº1, p.25-36). Inquiry: Chicago

Decreto Presidencial nº 277/20, de 26 de outubro – Estatuto Orgânico do MINSA. Acedido em janeiro de 2023 em <http://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/documents/aw4x/mjg5/~edisp/minfin1289082.pdf>

Diário de Notícias. (2017, novembro 16). *Ministra da saúde exonera administrações dos maiores hospitais de Luanda.* Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.dn.pt/mundo/amp/ministra-da-saude-de-angola-exonera-administracoes-dos-maiores-hospitais-de-luanda-8920915.html>

Dicionário Online (s.d). *Significado de Humanização*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.significados.com.br/humanizacao/>

Dicionário online (s.d). *Significado de Humanizar*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.dicio.com.br/humanizar/>

Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*. Arch.Pathol.Med (114: p.1115-1118).

Donabedian, A. (1969). *Medical care appraisal-quality and utilization*. Guide to medical care administration (Vol.11). Nova Iorque: American Public Health Association.

Donabedian, A. (1980). *Definition of quality and approaches to its assessment*. In *explorations in quality assessment and monitoring* (Vol.1). Michigan, Health Administration Press.

Ferreira, P. L (1991). *Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde*. Revista crítica de Ciências Sociais, nº33, outubro.

Faria, A. (2017). *Qualidade no Atendimento ao cliente: Impacto na satisfação* (Dissertação de Mestrado não editada) Escola Superior de Comunicação Social.

Gronroos, C. (1988). *A service quality: the six criteria of good service quality*. Review of Business (Vol.3, p.12). New York: St. John's University Press.

Gronroos, C. (2001). *Service management and marketing: A customer relationship management approach* (2ª ed.). New York: John Wiley and Sons.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Edinova: Lisboa.

Junior, C.H. (2015). *Qualidade e segurança em saúde*. Os caminhos da melhoria via acreditação internacional (1ª ed.). Rio de Janeiro: Doc.

Jornal de Angola (2019, setembro 14). *Hospitais violam normas de segurança contra incêndios*. Acedido em novembro de 2022 em <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/hospitais-violam-normas-de-seguranca-contra-incendios/>

Jornal de Angola (2020, janeiro 14). *Humanização passa por condições nos hospitais*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/humanizacao-passa-por-condicoes-nos-hospitais/>

Jornal de Angola (2023, janeiro 4). *Governador exonera direção do Hospital Geral de Luanda*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/governador-exonera-direcao-do-hospital-geral-de-luanda/>

Jornal de Angola (2019, setembro 14). *Hospitais violam normas de segurança contra incêndios*. Acedido em dezembro de 2022 em <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/hospitais-violam-normas-de-seguranca-contraincendios/>

Kotler and Keller (2007). *A framework for Marketing Management* (3^o ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Kotler, P. (1998). *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle* (5^a ed.). São Paulo: Atlas.

Kotler, P., Keller & Kevin, L. (2006). *Administração de marketing* (12^a ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Las Casas, A. L. (2012). *Excelência em Atendimento ao cliente*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora LTDA.

Lovelock, C. & Wright, L. (2001). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

Lucas, K. M & Campos, C. (s.d). *Comportamento do Consumidor: processo de decisão de compra dos universitários do noroeste de Minas*. Acedido em novembro de 2022 em <http://downloads.editoracientifica.org/articles/201102046.pfd>

Nastrini (2021, agosto 14). *Recepcionista hospitalar: tudo que você precisa saber antes de contratar*. Disponível em <https://sinaxys.com/blog/recepcionista-hospitalar>

Ordem dos Advogados. *Juramento de Hipócrates*. Acedido em dezembro de 2022 em https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/08/Juramento_de_Hip%C3%B3crates.pdf to_de_Hipócrates.pdf (ordemdosmedicos.pt)

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2015). *Mais e melhor saúde* (1ª ed.). Luanda: Ministério da Saúde de Angola. Acedido em agosto de 2022 em <https://minsa.gov.ao/ao/>

Portal de Angola (2022, março 21). Médicos angolanos iniciam nova greve segunda-feira. Acedido em novembro de 2022 em <https://www.portaldeangola.com/2022/03/21/m%C3%A9dicos-angolanos.iniciam-nova-greve-nesta-segunda-feira/>

Queza, J. A. (2010). *Sistema de saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal* (Dissertação de Mestrado não editada, Administração Hospitalar) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

RTP Notícias (2017, setembro 16). *Famílias dormem ao relento junto aos hospitais de Luanda à espera de notícias*. Acedido em janeiro de 2023 em https://www.rtp.pt/noticias/mundo/familias-dormem-ao-releto-junto-aos-hospitais-de-luanda-a-espera-de-noticias_n1027583dormem ao relento junto aos hospitais de Luanda à espera de notícias (rtp.pt)

Solomon, M. R. (2002). *O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo* (5.ed.). Porto Alegre: Bookman.

Schiffman, L. G., Kanuk, L. L. (2000). *Comportamento do consumidor* (6ª ed.). Rio de Janeiro: LCT.

TOTVS- BLOG (2021, julho 4). *Humanização da Saúde: O que é, importância e como aplicar*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.totvs.com/blog/instituicoes-de-saude/humanizacao-na-saude/>

VOA Português (s,d). *Angolanos procuram cuidados de saúde nos países vizinhos*. Acedido em janeiro de 2023 em <https://www.voaportugues.com/a/angolanos-procuram-cuidados-de-sa%C3%BAde-nos-pa%C3%ADses-vizinhos/6545665.html/>

Apêndice I – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Caraterísticas	Frequência (n=162)	% de casos validados
Género Total=162		
Masculino	87	53,7
Feminino	75	46,3
Idade(anos) Total=162		
16-25	29	17,9
26-35	89	54,9
36-45	30	18,5
46-55	8	4,9
>56	6	3,7
Estado Civil Total=162		
Solteiro	88	54,3
Casado(a)/União de facto	73	45,1
Viúvo(a)	1	,6
Composição Agregado Familiar Total=162		
Filho	99	61,1
Sem filho	63	38,9
Habitação Total=162		
Reside em casa própria	54	33,3
Reside em casa de família	49	30,2
Reside em casa arrendada	59	36,4
Grau Académico Total=162		
Até Ensino Médio	28	17,3
Licenciatura	113	69,8
Mestrado	17	10,5
Doutoramento	4	2,5
Situação Profissional Total=162		
Estudante	14	8,6

Trabalhador(a)	105	64,8
Trabalhador(a) estudante	27	16,7
Desempregado(a)	13	8,0
Reformado(a)	3	1,9
Escalão de remuneração mensal		
líquida (AKZ) Total=140 Omisso=22		
20-50 mil	5	3,1
51-100 mil	20	12,3
101-200 mil	19	11,7
201-300 mil	30	18,5
301-400 mil	12	7,4
401-500 mil	12	7,4
501-600 mil	5	3,1
601-700 mil	3	1,9
701-800mil	2	1,2
801-900 mil	4	2,5
901-1 milhão	5	3,1
Mais de 1 milhão	23	14,2

Apêndice II- Questionário aplicado aos utentes

Qualidade do atendimento público, no setor da saúde em Angola.

O presente questionário surge no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Comunicação, Marketing e Publicidade da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tem como finalidade recolher informações sobre o atendimento público na saúde em Angola.

Deste modo, pretende-se a sua colaboração nas respostas às questões abaixo. Os dados recolhidos são anónimos e exclusivamente para tratamento estatístico e fins académicos.

Muito obrigada pela sua disponibilidade. n

***Required**

1.Género: *

Mark only one oval.

Masculino

Feminino

2.Idade*

3. Estado Civil: *

Mark only one oval.

Solteiro(a)

Casado(a) /União de facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

4.Número de filhos: *

5. Habitação: *

Mark only one oval.

Reside em casa própria

Reside em casa de família

Reside em casa arrendada

6.Grau Académico: *

Mark only one oval.

Até Ensino Médio

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

7. Situação profissional: *

Mark only one oval.

Estudante

Trabalhador(a)

Trabalhador(a) estudante

Desempregado(a)

Reformado(a)

8. Setor em que trabalha:

Mark only one oval.

Setor da Saúde

Setor do Comércio

Setor da Indústria

Setor da Educação

Setor de Comunicação Social

Setor das Finanças/ Banca

Setor das Tecnologias

Setor de Comunicação e Marketing

Setor da Construção Civil

Setor de Agricultura/ Agropecuária

Setor da Pesca

Other:

9. Qual é a sua profissão?

10. A quanto tempo trabalha?

11. Escalão de remuneração mensal líquida:

Mark only one oval.

20-50(mil) Akz

51-100(mil) Akz

101-200(mil) Akz

201-300(mil) Akz

301-400(mil) Akz

401-500(mil) Akz

501-600(mil) Akz

601-700(mil) Akz

701-800(mil) Akz

801-900(mil) Akz

901-1milhão Akz

Mais de 1 milhão Akz

12. Numa escala de 1 a 5 (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente/Neutro; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente), assinale o seu grau de concordância nas seguintes afirmações:

12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frota de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).

*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.2. As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc).

*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.4 Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:

a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc).*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

b) É feita a esterilização dos equipamentos. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

C) Higienização dos cómodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

d) Possuem energia da rede pública. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

e) Possuem água canalizada. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

f) Possuem espaços climatizados com camaras de vigilância *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.5 Durante as horas de trabalho, o pessoal clínico das unidades hospitalares evita ocupar tempo com assuntos pessoais. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.6 Quanto ao atendimento aos utentes:

a) São cumpridas as ordens de chegada.

*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

b) São cumpridas as ordens de atendimento. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.7 As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza):

a) Eficientes. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

b) Atenciosos.*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

c) Transmitem segurança e conforto aos utentes.*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.8 Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos.*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.9 No internamento Pediátrico, as unidades hospitalares dispõem de camas para todos os pacientes.*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.10 Quanto ao internamento em geral, as unidades hospitalares fornecem alimentação aos internados.*

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.11 As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara descartável, avental, etc), por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes. *

+

3Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

12.12 As farmácias hospitalares são abastecidas regularmente com medicamentos, a fim de responderem atempadamente às solicitações dos utentes e profissionais da saúde. *

Mark only one oval.

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

13.Já pagou um valor extra a alguém para salvaguardar os seus interesses pessoais em detrimento de outros utentes (por exemplo medicamentos, passar à frente).

*

Mark only one oval.

Sim

Não

14- Na sua opinião, que aspetos devem ser melhorados no atendimento público do setor da saúde em Angola?*

This content is neither created nor endorsed by Google.

Apêndice III - Testes de verificação da normalidade dos 21 itens do Questionário

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra								
	N	Parâmetros normais ^{a,b}		Diferenças Mais Extremas			Estatística de teste	Significância Sig. (2 extremidades) ^c
		Média	Estatística do teste Padrão	Absoluto	Positivo	Negativo		
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frota de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).	162	2,12	1,077	,210	,210	-,150	,210	<,001
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	162	2,88	1,194	,188	,188	-,154	,188	<,001
12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc).	162	2,43	1,220	,204	,204	-,124	,204	<,001

12.4. Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	162	2,17	1,145	,208	,208	-,153	,208	<,001
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc).								
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	162	3,02	1,100	,191	,180	-,191	,191	<,001
c) Higienização dos cômodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	162	2,38	1,170	,190	,190	-,139	,190	<,001
d) Possuem energia da rede pública.	162	3,42	1,178	,195	,133	-,195	,195	<,001
e) Possuem água canalizada.	162	2,63	1,200	,169	,169	-,152	,169	<,001
f) Possuem espaços climatizados com câmaras de vigilância	162	2,08	1,137	,224	,224	-,171	,224	<,001
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	162	2,07	1,159	,235	,235	-,178	,235	<,001

12.5 Durante as horas de trabalho, o pessoal clínico das unidades hospitalares evita ocupar tempo com assuntos pessoais.	162	2,25	1,233	,216	,216	-,155	,216	<,001
12.6 Quanto ao atendimento aos utentes:	162	2,11	1,216	,239	,239	-,180	,239	<,001
a) São cumpridas as ordens de chegada.								
b) São cumpridas as ordens de atendimento.	162	2,23	1,202	,211	,211	-,153	,211	<,001
12.7 As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza):	162	2,54	1,201	,181	,181	-,142	,181	<,001
a) Eficientes.								
b) Atenciosos.	162	2,11	1,069	,215	,215	-,149	,215	<,001
c) Transmitem segurança e conforto aos utentes.	162	1,96	1,027	,246	,246	-,174	,246	<,001

12.8 Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos.	162	2,59	1,203	,170	,170	-,151	,170	<,001
12.9 No internamento Pediátrico, as unidades hospitalares dispõem de camas para todos os pacientes.	162	1,82	1,086	,306	,306	-,225	,306	<,001
12.10 Quanto ao internamento em geral, as unidades hospitalares fornecem alimentação aos internados.	162	2,17	1,167	,213	,213	-,157	,213	<,001

12.11 As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara descartável, avental, etc), por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes.	162	2,17	1,177	,237	,237	-,160	,237	<,001
12.12 As farmácias hospitalares são abastecidas regularmente com medicamentos, a fim de responderem atempadamente às solicitações dos utentes e profissionais da saúde.	162	1,83	1,078	,291	,291	-,221	,291	<,001

Apêndice IV – Média e desvio padrão dos 21 itens analisados

Estatísticas Descritivas					
	N	Média	Estatística do teste Padrão	Mínimo	Máximo
12.1 Há acessibilidade às unidades hospitalares (frotas de transportes públicos, zonas pedonais e estradas asfaltadas).	162	2,12	1,077	1	5
12.2 As unidades hospitalares possuem um balcão de receção para prestação de informações aos utentes.	162	2,88	1,194	1	5
12.3 As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (setas, placas de orientação, placas de identificação dos espaços, etc).	162	2,43	1,220	1	5
12.4 Quanto ao cumprimento das normas de segurança no ambiente hospitalar:	162	2,17	1,145	1	5
a) Boa gestão de resíduos hospitalares (seringas, máscaras, luvas usadas, materiais invasivos, etc).					
b) É feita a esterilização dos equipamentos.	162	3,02	1,100	1	5
c) Higienização dos cómodos (wc, salas de espera, consultórios médicos).	162	2,38	1,170	1	5
d) Possuem energia da rede pública.	162	3,42	1,178	1	5
e) Possuem água canalizada.	162	2,63	1,200	1	5
f) Possuem espaços climatizados com camaras de vigilância	162	2,08	1,137	1	5
g) Possuem serviços de apoio como restauração e bares.	162	2,07	1,159	1	5

12.5 Durante as horas de trabalho, o pessoal clínico das unidades hospitalares evita ocupar tempo com assuntos pessoais.	162	2,25	1,233	1	5
12.6 Quanto ao atendimento aos utentes:	162	2,11	1,216	1	5
a) São cumpridas as ordens de chegada.					
b) São cumpridas as ordens de atendimento.	162	2,23	1,202	1	5
12.7 As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza):	162	2,54	1,201	1	5
a) Eficientes.					
b) Atenciosos.	162	2,11	1,069	1	5
c) Transmitem segurança e conforto aos utentes.	162	1,96	1,027	1	5
12.8 Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos.	162	2,59	1,203	1	5
12.9 No internamento Pediátrico, as unidades hospitalares dispõem de camas para todos os pacientes.	162	1,82	1,086	1	5
12.10 Quanto ao internamento em geral, as unidades hospitalares fornecem alimentação aos internados.	162	2,17	1,167	1	5
12.11 As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara descartável, avental, etc), por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes.	162	2,17	1,177	1	5

12.12 As farmácias hospitalares são abastecidas regularmente com medicamentos, a fim de responderem atempadamente às solicitações dos utentes e profissionais da saúde.	162	1,83	1,078	1	5
---	-----	------	-------	---	---

Apêndice V- Análise Descritiva dos 21 itens do Questionário

Dimensão «infraestruturas das unidades hospitalares»	
Há acessibilidade às unidades hospitalares	
Opções de Resposta	% de resposta
1	35,8
2	30,9
3	21,6
4	9,3
5	2,5
As unidades hospitalares possuem um balcão de receção	
1	13,0
2	29,0
3	25,3
4	22,8
5	9,9
As unidades hospitalares dispõem de boa sinalética (placas de orientação, setas, placas de identificação de espaços)	
1	28,4
2	28,4
3	21,0
4	16,7
5	5,6
Boa gestão de resíduos hospitalares	
1	35,8
2	29,0
3	21,6
4	9,3
5	4,3
É feita a esterilização dos equipamentos	
1	9,9
2	20,4
3	37,0
4	23,5
5	9,3
Higienização dos cômodos (wc, salas de espera, consultórios médicos)	
1	29,0
2	27,2
3	24,1
4	16,0
5	3,7
Possuem energia da rede pública	
1	6,2
2	17,3
3	25,9
4	29,6
5	21,0
Possuem água canalizada	
1	21,6
2	25,3
3	28,4
4	17,9
5	6,8
Possuem espaços climatizados com câmaras de vigilância	
1	39,5
2	28,4
3	22,2

4	4,3
5	5,6
Possuem serviços de apoio como restauração e bares	
1	41,4
2	27,2
3	20,4
4	5,6
5	5,6
Dimensão «interação dos profissionais nas unidades hospitalares»	
Durante as horas de trabalho, o pessoal clínico das unidades hospitalares evita ocupar tempo com assuntos pessoais	
1	37,0
2	22,2
3	26,5
4	6,8
5	7,4
São cumpridas as ordens de chegada	
1	42,0
2	25,9
3	16,7
4	9,9
5	5,6
São cumpridas as ordens de atendimento	
1	35,8
2	27,8
3	19,1
4	12,3
5	4,9
São eficientes	
1	24,1
2	26,5
3	26,5
4	16,7
5	6,2
Atenciosos	
1	36,4
2	29,0
3	24,1
4	8,0
5	2,5
Transmitem segurança e conforto aos utentes	
1	42,0
2	30,2
3	19,1
4	6,8
5	1,9
Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica, precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos	
1	22,2
2	25,9
3	30,2
4	13,6
5	8,0
Dimensão «adequação da prestação dos serviços clínicos»	
No internamento Pediátrico, as unidades hospitalares dispõem de camas para todos os pacientes	
1	53,1
2	24,1
3	14,2
4	4,9
5	3,7

As unidades hospitalares fornecem alimentação aos internados	
1	37,0
2	26,5
3	24,1
4	6,8
5	5,6
As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção, por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes	
1	35,8
2	32,1
3	16,0
4	11,1
5	4,9
As farmácias hospitalares são abastecidas regularmente com medicamentos, a fim de responderem prontamente às solicitações dos utentes e profissionais da saúde	
1	51,2
2	27,2
3	13,6
4	3,7
5	4,3

Apêndice VI- Correlações de Spearman entre variáveis ordinais

- Correlações «grau acadêmico» e «profissionais da saúde adotam linguagem clínica, clara e precisa»

			6.Grau Académico:	12.8 Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos.
rô de Spearman	6.Grau Académico:	Coeficiente de Correlação	1,000	-,047
		Sig. (2 extremidades)	.	,551
		N	162	162
	12.8 Os profissionais da saúde adotam uma linguagem clínica precisa e clara, pois alguns utentes desconhecem certos termos médicos.	Coeficiente de Correlação	-,047	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,551	.
		N	162	162

▪ **Correlações «eficiência» e «As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção »**

			12.7 As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza): a) Eficientes.	12.11 As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara descartável, avental, etc), por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes.
rô de Spearman	12.7 As unidades hospitalares apresentam profissionais da saúde (pessoal clínico, pessoal auxiliar administrativo, e pessoal de limpeza): a) Eficientes.	Coeficiente de Correlação	1,000	,439**
		Sig. (2 extremidades)	.	<,001
		N	162	162
	12.11 As unidades hospitalares estão munidas de equipamentos de proteção (luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara descartável, avental, etc), por forma a evitar ocorrências de acidentes de trabalho que podem ocasionar sérios danos à saúde dos profissionais e utentes.	Coeficiente de Correlação	,439**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	<,001	.
		N	162	162