



**PATRÍCIA
ALEXANDRA PINTO
PINHEIRO**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUM
SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR**



**PATRÍCIA
ALEXANDRA PINTO
PINHEIRO**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUM
SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor António Carrizo Moreira, Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro e do Mestre Victor Manuel Ferreira Moutinho, Assistente do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho a toda a minha família, em especial ao meu filho Henrique Pinheiro e ao meu marido Ted Pinheiro, pelos ensinamentos e apoio incondicional.

o júri

presidente

Doutor Daniel Ferreira Polónia
professor auxiliar convidado da Universidade de Aveiro

Doutor Nuno Miguel Fortes Fonseca Santos
professor adjunto do Instituto Politécnico de Coimbra

Prof. Doutor António Carrizo Moreira
professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Mestre Victor Manuel Ferreira Moutinho
assistente da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Aos professores Doutor António Carrizo Moreira e Victor Manuel Moutinho pela disponibilidade, pelas sugestões e pelo estímulo permanente.
A todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para alcançar mais esta etapa da minha vida.

palavras-chave

Satisfação dos Utentes, Qualidade do Serviço, Valor Percebido, Imagem, Envolvimento, Equidade e Hospital Militar Regional Nº1 – Porto.

resumo

Objetivo – O objetivo deste estudo é identificar e avaliar as determinantes da satisfação dos utentes num serviço de saúde hospitalar.

Metodologia – A metodologia utilizada foi estatística descritiva, análise correlacional, análise fatorial e regressão linear simples, com uma amostra de 202 questionários *on-line* e 200 questionários de preenchimento manual no Hospital Militar Regional Nº1.

Resultados – Nesta análise foi possível verificar que a qualidade do serviço, o valor percebido, a imagem, o envolvimento e a equidade influenciam significativamente a satisfação dos utentes, à exceção de uma dimensão da qualidade do serviço - interação - que tem uma influência indireta.

Limitações do estudo – A distribuição dos questionários por uma faixa etária jovem (26-30 anos), visto estes serem o que representam maior número de doentes assistidos, desvalorizando o elevado número de doentes observados ao longo dos anos de 2012, cuja sua faixa etária se apresenta entre os 60-70 anos. Por outro lado, em vez de ser utilização de estatística descritiva, análise correlacional, análise fatorial e regressão linear, poderíamos utilizar o modelo das equações estruturais de modo a correlacionar um maior número de variáveis independente, em função da variável dependente.

keywords

Client satisfaction, Service quality, Perceived value, Image, Involvement, Equality and Hospital Militar Regional N°1 – Porto.

abstract

Objective – The aim of this study is to identify and evaluate the determinants of customer satisfaction in a hospital health service.

Methodology – The methodology used was descriptive statistics, correlational analysis, factor analysis and simple linear regression, with a sample of 202 online questionnaires and 200 manual filling questionnaires at the Hospital Militar Regional N°1.

Results – In this analysis we were able to verify service quality, the perceived value, the image, the involvement and the equality influence immensely customer satisfaction, with the exception of a specific part of service quality - interaction – which has an indirect influence.

Study limitations – The distribution of the questionnaires by people belonging to a young age group (26-30 years-old), since it represents the most patients treated, underestimating the high number of patients treated in 2012, whose age group stands between 60-70 years-old. On the other hand, instead of using descriptive statistics, correlational analysis, factor analysis and linear regression, we could simply use the structural equations model, in order to correlate a greater independent number of variables, depending on the depending variable.

Índice

Capítulo 1- Introdução	1
1.1- Objetivos	2
1.2- Metodologia	3
1.3- Estrutura do trabalho	3
Capítulo 2- A Importância da Qualidade nos Serviços de Saúde	5
2.1- As escolas da Qualidade em Serviços	5
2.1.1- Escola Norte-Americana	5
2.1.2- Escola Nórdica	9
2.2- Revisão da literatura: Qualidade nos Serviços	12
Capítulo 3- Revisão da literatura: Satisfação dos utentes	17
3.1- Generalidades da Satisfação dos Utentes	17
3.2- Modelos de avaliação da Satisfação	20
Capítulo 4- Quadro Conceptual	30
4.1- Fundamentações das hipóteses formuladas	31
4.1.1- Qualidade do serviço	31
4.1.2- Satisfação do Utente	32
4.1.3- Valor Percebido	33
4.1.4- Envolvimento	36
4.1.5- Imagem	39
4.1.6- Equidade	40
Capítulo 5- Descrição da Atividade do Hospital Militar Regional N°1 – Porto	42
Capítulo 6- Análise dos Dados e Resultados	46
6.1- Amostra	46
6.2- Metodologia	47
6.3- Resultados	49

6.3.1- Fiabilidade e consistência das escalas	49
6.3.2- Análise Fatorial	54
6.3.2.1- Qualidade do Serviço	54
6.3.2.2- Valor Percebido	60
6.3.2.3- Equidade	63
6.3.2.4- Imagem	64
6.3.2.5- Satisfação dos Utentes	65
6.3.3- Análise Correlacional	66
6.3.4- Teste das Hipóteses – Modelo de Efeitos Parcelares	69
6.3.4.1- A qualidade do Serviço e a Satisfação dos Utentes	69
6.3.4.2- O Valor Percebido na Satisfação dos Utentes	71
6.3.4.3- A Qualidade do Serviço no Valor Percebido	72
6.3.4.4- O Envolvimento na Satisfação do Utente	74
6.3.4.5- A Imagem na Satisfação dos Utentes	75
6.3.4.6- A Equidade na Satisfação dos Utentes	76
6.4- Validade das hipóteses de estudo	77
Capítulo 7- Conclusões	79
7.1- Conclusões do estudo	79
7. 2- Implicações para a gestão	82
7.3- Limitações ao estudo	83
7.4- Propostas de investigações futuras	83
Capítulo 8- Referências bibliográficas	85
Capítulo 9- Anexos	91

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo dos Gaps ou desvios	6
Figura 2: Qualidade total percebida.....	9
Figura 3: Modelo 4Q de Gummesson.....	11
Figura 4: Modelo de Grönroos-Gummesson da Qualidade.....	11
Figura 5: Modelo estrutural da satisfação para serviços complexos.	21
Figura 6: Modelo Cognitivo – afetivo da satisfação.....	22
Figura 7: Modelo da Satisfação dos clientes através da qualidade e do valor percebido	23
Figura 8: Modelo da Satisfação dos utentes em serviços de saúde	24
Figura 9: Modelo da Qualidade percebida e Satisfação do utente	25
Figura 10: Modelo Conceptual – Satisfação dos Utentes.....	26
Figura 11: Modelo da satisfação dos utentes.....	27
Figura 12: Modelo conceptual da satisfação e da intenção comportamental dos utentes numa urgência hospitalar	28
Figura 13: Modelo Conceptual proposto	30
Figura 14: Fatores e relações identificadas na análise empírica.....	78

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Grupos etários do nº de doentes assistidos e nº de observações.....	43
Gráfico 2: Grupos etários dos utentes inquiridos	46
Gráfico 3: Género dos inquiridos	47

Índice de Tabelas

Tabela 1: Modelo de Donabedian.....	15
Tabela 2: Cinco dimensões da qualidade em saúde	16
Tabela 3: Número de doentes assistidos e número de observações entre 2003 e 2012.....	43
Tabela 4: Número de utentes de acordo com o seu subsistema.....	44
Tabela 5: Número de utentes por Distrito	45
Tabela 6: Valores de referência do <i>alpha de cronbach</i>	48
Tabela 7: Valores de referência do KMO.....	48
Tabela 8: Fiabilidade e consistência da escala Qualidade do Serviço.....	50
Tabela 9: Fiabilidade e consistência da escala do Valor Percebido	51
Tabela 10: Fiabilidade e consistência da escala Equidade	52
Tabela 11: Fiabilidade e consistência da escala Imagem	53
Tabela 12: Fiabilidade e consistência da escala do Envolvimento.....	53
Tabela 13: Fiabilidade e consistência da escala Satisfação dos Utentes	54
Tabela 14: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Tangibilidade	55
Tabela 15: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Interação.....	56
Tabela 16: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Profissionalismo.....	57
Tabela 17: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Acessibilidade	58
Tabela 18: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço – Qualidade técnica	59
Tabela 19: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Eficiência	60
Tabela 20: Análise Fatorial Exploratória do Valor Percebido	61
Tabela 21: Análise Fatorial Exploratória da Equidade.....	63
Tabela 22: Análise Fatorial Exploratória da Imagem.....	64
Tabela 23: Análise Fatorial Exploratória da Satisfação dos Utentes.....	65
Tabela 24: Resultados da análise correlacional	68
Tabela 25: Associação linear entre a Qualidade do Serviço e a Satisfação dos Utentes.....	70
Tabela 26: Associação linear entre o Valor Percebido e a Satisfação dos Utentes	71
Tabela 27: Associação linear entre a Qualidade do Serviço e o Valor Percebido.....	73
Tabela 28: Associação linear entre o Envolvimento e a Satisfação dos Utentes	74
Tabela 29: Associação linear entre a Imagem e a Satisfação dos Utentes	75
Tabela 30: Associação linear entre a Equidade e a Satisfação dos Utentes	76
Tabela 31: Validade das hipóteses de estudo	77

Glossário

ADM – Assistência na Doença aos Militares;

DCA – Departamento de Cirurgia do Ambulatório;

DCI – Departamento de Cirurgia Interna;

E – Envolvimento;

EQ – Equidade;

GNR – Guarda Nacional Republicana;

HMR1 – Hospital Militar Regional Nº 1;

I – Imagem;

KMO – Kaiser-Mayer-Olkin;

Nº – Número;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PSP – Policia de Segurança Pública;

QS – Qualidade no Serviços;

SERVPERF – Instrumento para análise e gestão do desempenho dos serviços;

SPSS – Statistical Package for Social Science;

SERVQUAL – Instrumento para análise e gestão da qualidade em serviços;

SU – Satisfação do Utente;

UTA – Unidade de tratamento em Ambulatório;

VP – Valor percebido.

Capítulo 1- Introdução

A saúde é um bem essencial para todos os indivíduos; é um valor reconhecido universalmente, transversal a todas as sociedades. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social e não só a ausência de doença ou enfermidade. De facto, as pessoas, mesmo quando estão com saúde, continuam a demonstrar interesse e vontade de participar como indivíduos nas estruturas de prestação de cuidados de saúde porque se revêm sempre potenciais consumidoras dos mesmos e como cidadãos porque têm interesse em manter ou melhorar o bom desempenho das instituições.

Tradicionalmente, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, encontrava-se determinada pela competência técnica, constituindo uma área, intrinsecamente, reservada aos prestadores de cuidados. Acreditava-se, ainda, que, se a estrutura do serviço se apresentasse adequada, os processos de tratamento, tecnicamente corretos, levariam a que o paradigma da qualidade fosse um atributo, lógico e consequente, na prestação de cuidados. Contudo, há uns anos a esta parte, as mudanças ligadas à estrutura, à organização e ao funcionamento da saúde, a par da evolução tecnológica neste domínio, desencadearam uma necessidade de avaliar e conhecer a satisfação do utente (Stavins, 2004).

Todavia, a qualidade nos serviços de saúde tem-se tornado um fator importantíssimo a nível económico, político e social. Assim, as instituições são obrigadas a traçarem projetos de modo a garantirem o bom funcionamento de serviços de saúde com qualidade. De acordo com Stavins (2004), a qualidade dos serviços são um critério de seleção para qualquer utente fazer opções de escolha sobre os prestadores de cuidados de saúde. Ainda segundo este autor, a satisfação nos cuidados adquiridos leva a que o utente, em caso de necessitar novamente de cuidados recorra à mesma instituição e a recomende a familiares e amigos, funcionando no paradigma de orientação para o mercado, onde o marketing é essencial.

Os utentes têm expectativas de que os profissionais de saúde assumam um papel central nos seus cuidados de saúde. Estas expectativas estão relacionadas, não apenas com os conhecimentos e competências dos profissionais de saúde, mas também com os cuidados individualizados. Espera-se, ainda, que os profissionais de saúde possuam competências

comunicacionais, atitude empática, assim como, sejam capazes de fornecer informação adequada, ou, de providenciar a informação necessária que oriente o doente física e emocionalmente durante a sua permanência física no hospital (Johansson, Oléni e Fridlung, 2002).

As dificuldades inerentes à sustentabilidade económica dos serviços de saúde atuais são do conhecimento geral. Os gestores dos serviços de saúde têm pela frente grandes desafios no que diz respeito: à qualidade, ao controlo dos custos e à rentabilidade. Nomeadamente no sector público, as despesas têm tido um crescimento bastante significativo, entre outras, devido ao desenvolvimento de novas tecnologias e ao envelhecimento da população. Deste modo, o Hospital Militar Regional N°1 (HMR1) não é diferente da realidade atual do nosso país, tendo pela frente grandes desafios económico-financeiros, em que através deste estudo espero poder ajudar para um futuro melhor deste serviço de saúde.

Em termos de serviços clínicos, o HMR1 dispõe, atualmente, das seguintes valências: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Clínica Geral, Departamento de Cirurgia do Ambulatório (DCA), Departamento de Cirurgia Interna (DCI), Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia, Farmácia hospitalar e de venda ao público, Fisioterapia, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Reumatologia, Unidade de tratamento em Ambulatório (UTA), Urologia, Ortopedia e Traumatologia. Além destes serviços descritos, dispõe também de serviço de urgência.

1.1- Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é identificar e avaliar as determinantes da satisfação dos utentes num serviço de saúde hospitalar. Assim, identificar-se-á relações causais entre as determinantes de modo a formular um modelo conceptual e reconhecer as respetivas hipóteses de investigação.

Como objetivos específicos destacam-se os seguintes:

- ✓ Determinar os antecedentes da satisfação dos utentes;

- ✓ Identificar fatores e relações causais existentes entre os constructos que constituem o modelo conceptual a propor;
- ✓ Identificar as hipóteses;
- ✓ Enumerar um conjunto de implicação para a Gestão hospitalar em face dos resultados encontrados no estudo empírico.

1.2- Metodologia

Dada a natureza do presente trabalho procurou-se recorrer essencialmente a dois métodos de investigação. Assim, de acordo com os objetivos definidos para o trabalho recorreu-se à pesquisa exploratória e à pesquisa descritiva.

Na pesquisa exploratória recorreu-se a uma revisão bibliográfica, a qual permitiu desenvolver um conjunto de variáveis consideradas para o estudo, permitindo ainda sustentar as relações identificadas entre elas. Com a realização da pesquisa descritiva, pretende descrever e caracterizar a atividade do Hospital Militar Regional Nº1.

Na parte empírica, capítulo 6, os dados foram tratados e analisados através de estatística descritiva, análise correlacional, análise fatorial e regressão linear simples.

1.3- Estrutura do trabalho

O trabalho desenvolvido está organizado em sete capítulos. No presente capítulo, **Introdução**, encontram-se o enquadramento da temática, uma apresentação dos objetivos a atingir assim como a metodologia e a estrutura a adotar no trabalho.

Com o capítulo 2, **A importância da qualidade nos serviços de saúde**, inicia com a identificação e descrição das escolas da qualidade nos serviços, sendo elas a escola norte-americana e a escola nórdica. Em que para finalizar este capítulo levou-se a cabo uma revisão bibliográfica de estudos realizados em anos anteriormente, enumerando e salientando a importância da qualidade no serviço de saúde.

No capítulo 3, **Satisfação dos utentes**, pretende-se levar a cabo uma análise da bibliografia existente sobre esta temática, apresentando as suas dimensões e diversos modelos de avaliação da satisfação.

De seguida no Capítulo 4, **Quadro Conceptual**, é apresentado o modelo conceptual proposto, enumeradas as hipóteses e citados artigos científicos que servirão de suporte às hipóteses.

Segue-se o Capítulo 5 que faz uma breve descrição da **Atividade do Hospital Militar Regional N°1 – Porto**, sendo apresentado e caracterizado este hospital.

No capítulo 6, **Análise dos Dados e Resultados**, será caracterizada a amostra, descrita a metodologia utilizada e realizada a análise dos dados recolhidos e apresentados os resultados obtidos da respetiva análise.

Numa fase conclusiva, no capítulo 7, é apresentada uma síntese e as **Conclusões** gerais do trabalho desenvolvido. Ainda neste capítulo serão expostas as limitações ao estudo e com a sugestão de pesquisas futuras para a temática em causa.

Capítulo 2- A Importância da Qualidade nos Serviços de Saúde

A procura crescente da sociedade por serviços de saúde com qualidade originou a necessidade de modificações específicas e uma maior exigência feita aos prestadores de serviços. A qualidade em saúde tem vindo a ser uma preocupação crescente para as entidades prestadoras de saúde em Portugal.

No primeiro tópico deste capítulo far-se-á uma breve revisão aos modelos defendidos pelas escolas Norte-Americana e Nórdica pioneiras no que diz respeito à qualidade nos serviços. No tópico 2 apresentar-se-á uma revisão da literatura sobre a dimensão da qualidade nos serviços, especificamente nos serviços de saúde.

2.1- As escolas da Qualidade em Serviços

A qualidade nos serviços foi um conceito muito desenvolvido na década 80, por duas escolas importantíssimas para o mundo da investigação: a Norte-Americana e a Nórdica. Na primeira escola três investigadores se realçaram, Parasuraman, Zeithaml e Berry, tendo desenvolvido o modelo dos Gaps, ou desvios, e o SERVQUAL (instrumento para análise e gestão da qualidade em serviços). A segunda escola também possui nomes de forte importância no mundo atual da investigação tal como Grönroos, Gummesson, Lehtinen e Lehtinen, que desenvolveram o modelo da Qualidade Total Percecionada, o modelo 4Q de Gummesson e o modelo de Grönroos-Gummesson.

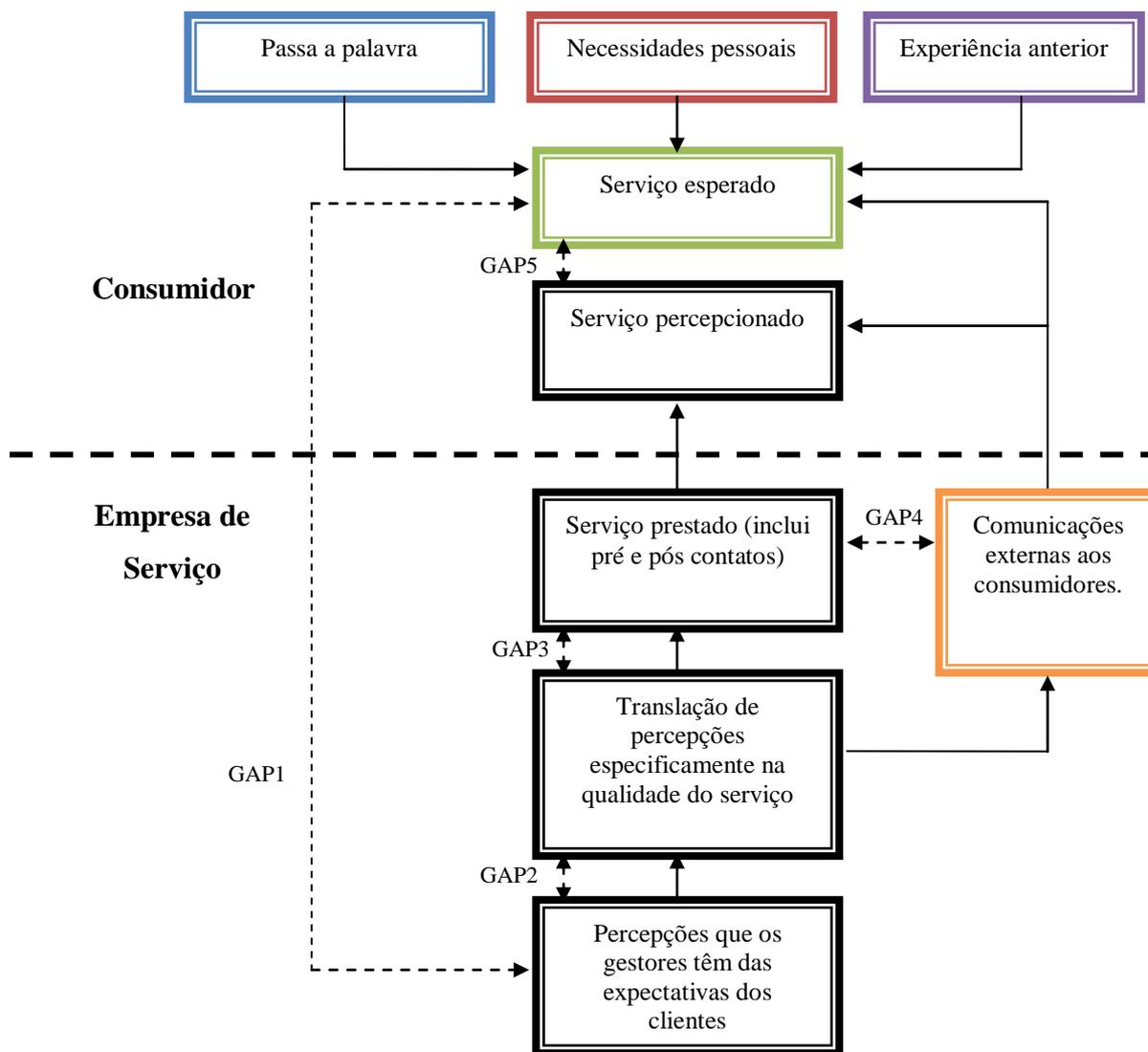
2.1.1- Escola Norte-Americana

A escola norte-americana já tem um forte impacto no mundo científico há algum tempo. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) publicaram um artigo onde estudaram um modelo conceptual para a qualidade nos serviços, onde foi apresentado o modelo dos Gaps como se ilustra na figura 1.

O modelo dos Gaps resulta de um estudo com o propósito de medir a qualidade do serviço, o qual foi fundamentado no modelo da satisfação de Oliver (1980). Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) afirmam que a satisfação do cliente é a diferença, ou Gap, entre a

expectativa e o desempenho, sendo essa diferença, uma medida da qualidade em relação a uma característica específica do serviço. Essas características são as dimensões da qualidade propostas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

Figura 1: Modelo dos Gaps ou desvios



Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

Deste modo, os diferentes Gaps têm significados diferentes no modelo apresentado, em que são consideradas as seguintes discrepâncias:

- ✓ Gap 1: entre a expectativa do consumidor e a percepção da organização sobre essa expectativa.

- ✓ Gap 2: entre a percepção da organização quanto às expectativas do consumidor e a tradução dessa percepção em normas de qualidade.
- ✓ Gap 3: entre as normas de qualidade estabelecidas pela empresa e o serviço realmente prestado ao consumidor.
- ✓ Gap 4: entre o serviço prestado e a promessa decorrente da comunicação externa.
- ✓ Gap 5: entre a expectativa do consumidor e a sua percepção do serviço. Este gap pode derivar de qualquer um dos outros, ou seja, $gap\ 5 = f(gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4)$.

Este modelo é uma ferramenta analítica que permite à gestão identificar sistematicamente as lacunas da qualidade do serviço entre um número de variáveis que afetam a qualidade da oferta e ajuda a gestão a identificar os fatores de qualidade de serviço relevantes do ponto de vista do consumidor. A grande limitação deste modelo é que não passa de um estudo exploratório, onde o modelo não explica claramente o procedimento de medição para os diferentes tipos de Gaps (Seth, Deshmukh e Vrat 2004).

O SERVQUAL é um instrumento concebido com base na premissa do *Gap 5* (modelo dos Gaps), que é o resultado das diferenças entre as expectativas e percepções dos clientes em relação aos serviços. Tendo como objetivo medir a qualidade em serviços, o instrumento é organizado em vários itens e apresenta um elevado nível de fiabilidade, possibilitando compreender as percepções e expectativas dos clientes sobre o serviço (Parasuraman, Zeithaml e Berry 1985; 1988).

Pelo fato de ser uma ferramenta fundamentada no paradigma da desconfirmação, onde a satisfação do cliente tem origem na diferença entre as percepções sobre o serviço prestado e as suas expectativas, a ferramenta SERVQUAL possibilita a aplicação nas mais diversas organizações prestadoras de serviço, podendo ser adaptada às respetivas características de cada serviço ou organização (Grönroos, 2004).

Ainda segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) existem dez determinantes fundamentais para a qualidade nos serviços: acessibilidade, comunicação, competências, cortesia, credibilidade, fiabilidade, rapidez, segurança, tangibilidade e compreender/conhecer o cliente. Mais tarde estas dez determinantes vão resumir-se só em cinco (Parasuraman, Zeithaml e Berry 1988) passando a ser conhecidos como as

dimensões da qualidade de serviço, subdividas em 22 itens: fiabilidade com 5 itens, capacidade de resposta com 4 itens, segurança com 4 itens, empatia com 5 itens e por fim a tangibilidade apresentando 4 itens.

Ramsaran-Fowdar (2005) considera que a avaliação dos cuidados de saúde é importante para os utilizadores, para os profissionais de saúde, bem como para a sociedade em geral. A satisfação do consumidor e a qualidade dos serviços de saúde são de extrema importância para a indústria dos serviços, dando esta qualidade e satisfação importância acrescida ao setor da saúde devido ao crescente aumento do consumo. Para o reconhecimento da satisfação, a qualidade dos serviços apresenta-se como uma estratégia e um elemento crucial no sucesso a longo prazo das instituições de saúde.

Esta escala, como já se referiu, é de grande importância para a literatura atual, mas também apresenta alguns aspetos negativos, pois trata-se de um instrumento concebido para setores específicos da indústria de serviços e portanto não para o setor da saúde: este setor é mais envolvente e o relacionamento entre o prestador de cuidados de saúde e o utilizador é mais envolvente e dura mais tempo.

Este modelo apresentado tem inúmeras vantagens para o seio de uma organização de serviços (Parasuraman, Zeithaml e Berry 1985), tais como:

- Identificar as tendências ao longo do tempo;
- Associar-se com outras ferramentas;
- As suas categorias podem ser avaliadas separadamente, e/ou com pesos relativos;
- Categorizar os clientes em segmentos;
- Comparar os serviços prestados pela empresa em diferentes locais.

Para concluir, as desvantagens também estão presentes neste modelo, pois é um modelo com alguns anos que inicialmente apresentou vários itens e com o tempo reteve apenas os itens relevantes para os serviços, o que significa que alguns bons itens para outros serviços podem ter sido eliminados. Uma das grandes críticas ao SERVQUAL é que é limitado a clientes ou antigos clientes, não permitindo avaliar as expectativas de potenciais clientes.

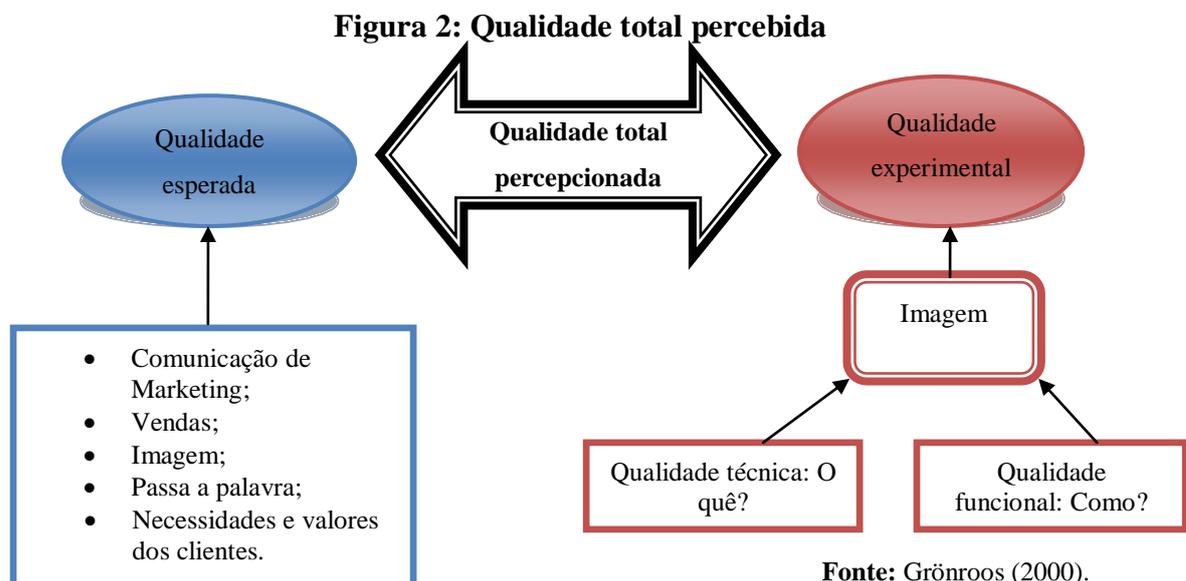
2.1.2- Escola Nórdica

Em inícios de 1980, após o estabelecimento do marketing de serviços no norte da Europa, vários investigadores observaram que os fabricantes de bens (físicos) oferecem aos seus clientes um grande número de serviços. Uma vez que os bens e os serviços apresentam características de produção e consumo diferentes, surge a necessidade de abordar a qualidade de diferente forma para os bens e para os serviços (Grönroos, 1990).

A escola nórdica também desenvolveu modelos importantíssimos para a análise da qualidade nos serviços, existindo sempre uma rivalidade “pura” nestas duas escolas. Assim, é possível dizer-se que todas as alterações existentes ao longo do tempo nestes modelos foram devido a fortes críticas construtivas que existiam por ambas as partes.

Relativamente a este tópico, vai ser apresentado o Modelo da Qualidade Total Percecionada, Modelo 4Q de Gummesson e o Modelo de Grönroos-Gummesson que representa esta tão famosa escola.

Deste modo, Grönroos (2000) considera que a qualidade total percecionada é obtida quando a qualidade experimentada satisfaz a qualidade esperada pelos clientes. Assim, a qualidade percecionada pelos clientes e a integração da qualidade técnica, da qualidade funcional e da imagem da empresa prestadora do serviço, mas também depende das expectativas dos clientes, como se apresenta na figura 2. A qualidade resulta da comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente ao utilizar o serviço. A qualidade percebida é positiva quando a qualidade experimentada alcança ou supera o que os clientes esperam do serviço e negativa quando a perceção é inferior.



Neste modelo, a boa qualidade é obtida quando a experiência do cliente vai ao encontro das suas expectativas, ou seja, é resultado da diferença entre a expectativa do cliente e o seu próprio julgamento sobre o desempenho do serviço. A qualidade do serviço depende da qualidade técnica, da qualidade funcional e da imagem corporativa da organização considerada, onde a qualidade funcional é mais importante que qualidade técnica (Seth, Deshmukh e Vrat 2004). Este modelo apresenta ainda uma grande limitação: não esclarece a forma de medir a qualidade funcional e técnica.

Quanto ao Modelo 4Q, Gummesson (1987) apresenta os fatores-chave da organização (fontes da qualidade): qualidade na conceção, qualidade na produção, qualidade na entrega e qualidade nas relações cliente-fornecedor, com a intenção de ajudar os fabricantes e as empresas de serviços a gerir a qualidade. Todos podem e devem contribuir para a qualidade.

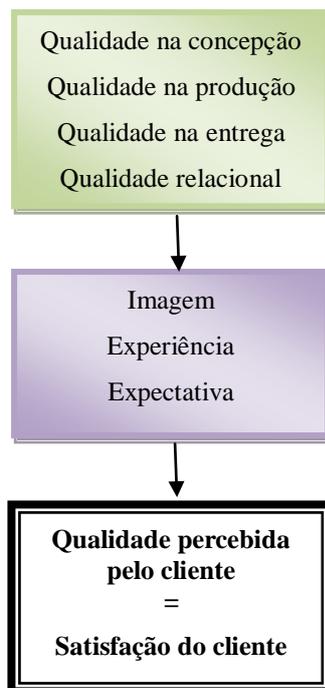
Com este modelo, o autor distingue quatro dimensões da qualidade, sendo elas:

- Qualidade na conceção, que consiste na maneira pela qual o produto/serviço se destina a executar as funções necessárias para a satisfação do cliente;
- Qualidade na produção, o sucesso na fabricação;
- Qualidade na entrega, a entrega dos bens;
- Qualidade relacional, a realização da construção de uma rede de relações externas e internas, no segmento de mercado em que se está inserido.

Contudo, este modelo tem uma grande desvantagem pois não é totalmente aplicável a organizações que prestem serviços. Segundo Grönroos (2000), a qualidade na conceção e a qualidade relacional são duas dimensões que também podem ser diretamente aplicadas a um contexto de serviços, a quanto à qualidade na produção e na entrega precisão de ser adaptadas aos serviços. No entanto, a produção e a entrega de um serviço são muitas vezes sentidas ao mesmo tempo, onde o cliente consome o serviço ao mesmo tempo que a empresa o produz.

Assim, o modelo desenvolvido por Gummesson (1993) foi uma tentativa de explicar uma boa qualidade, como se apresenta na Figura 3.

Figura 3: Modelo 4Q de Gummesson



Fonte: Gummesson (1993).

Para finalizar a apresentação da Escola Nórdica, identifica-se o modelo de Grönroos-Gummesson da qualidade que resulta da fusão do modelo da qualidade total percecionada com o modelo 4Q de Gummesson, como ilustra a figura 4, que se destina a explicar a gestão da qualidade de empresas de serviços e industriais, beneficiando das vantagens que ambos os modelos apresentam.

Figura 4: Modelo de Grönroos-Gummesson da Qualidade



Fonte: Grönroos (2000).

Em suma, este modelo realça a importância de se observar e compreender os impactos sobre a qualidade exercida pelas diversas áreas funcionais de uma organização e a existência de várias fontes da qualidade. Grönroos (2000) sugere que questões técnicas e funcionais precisam de ser reconhecidas durante o processo de desenvolvimento e implementação das atividades da organização e durante a gestão do relacionamento entre os seus funcionários e os consumidores.

2.2- Revisão da literatura: Qualidade nos Serviços

Ao longo do tempo, o conceito de qualidade tem sofrido várias modificações, cada uma com a sua importância. É possível identificar, na literatura, inúmeras definições de qualidade, cada uma com perspectivas particulares, que traduzem o seu carácter pluridimensional.

No mundo científico a qualidade já é definida há algum tempo, sendo Deming um dos pioneiros nesta matéria. Deming (1990) descreve que a qualidade começa com a intenção, que é determinada pelo grupo de gestão com vista a alcançar o público interno e externo. A qualidade também pode ser a forma de conjugar valores que possam sustentar conceitos criativos em cada etapa do procedimento humano na organização.

Mais tarde, um outro grande nome no mundo da investigação no que diz respeito à qualidade, Juran (1992), classifica qualidade como a adaptação ao uso. Por outras palavras, a organização terá de adaptar a sua estrutura às necessidades aderentes ao mercado em que a instituição se encerra. Juran (1989) ainda sustenta que a qualidade é uma revolução contínua. Para que tenha sucesso nas organizações, deve ser encarada como um processo bem administrado. Esta administração da qualidade é dividida em três processos, conhecidos como a Trilogia de Juran: planeamento da qualidade, controlo de qualidade e melhoria da qualidade.

No processo de administração da qualidade nas organizações, segundo Deming (1990), o homem é o elemento chave, pois é portador de competências e de uma sabedoria inigualável a qualquer outro ser vivo. É importante referir que o trabalho isolado de um só ser humano não permite que a qualidade seja aplicada nas melhores condições, sendo

mesmo inútil para as organizações. A qualidade é um processo contínuo que exige o esforço e a dedicação de todos os colaboradores da organização.

Por outro lado, a identificação das necessidades e oportunidades no mercado é um dos mais importantes desafios num processo de mudança da qualidade (Paladini, 1994). É de forte relevo a interpretação das necessidades do público interno e externo, pois são estas que proporcionam as alterações ocorridas no ambiente organizacional. As instituições que estão atentas às transformações do seu público-alvo conseguiram sobreviver neste período tão difícil que é a crise económica que estamos a atravessar. As organizações não podem parar de inovar. A competitividade é global independentemente de onde esteja localizada e do que se esteja produzindo. Motta (1995) destaca que o que se constituía como inovador na década de 80 é, hoje, simplesmente visto como um requisito mínimo para ingressar em qualquer segmento do mercado atual.

Já para Imperatóri (1999), a qualidade é como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas do público-alvo.

Por outro lado, a qualidade percebida de um serviço pode ter duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão funcional. Aonde a dimensão técnica está relacionada com o resultado do processo que produz um determinado serviço, ou seja, corresponde àquilo com que os consumidores ficam após ter terminado o processo de produção e as interações entre comprador-vendedor. A dimensão funcional está relacionada com o processo, que corresponde ao modo como os consumidores recebem o serviço e como experimentam o processo simultâneo de produção e consumo (Grönroos, 2000).

Os consumidores escolhem os prestadores de serviços comparando as perceções do serviço recebido com o serviço esperado, o que se denomina “qualidade de serviço percebida” (Grönroos, 1990). No sector da saúde, esta definição é bastante importante pois com o crescente aumento da oferta nos cuidados de saúde prestados a comparação entre a perceção do serviço recebido com o serviço esperado leva à satisfação do utente, fazendo com que o utente se fidelize ou não ao serviço de saúde.

Ainda neste contexto, para Kotler (1998) a qualidade percebida está intrinsecamente ligada com o nível de satisfação do cliente, logo a satisfação do cliente depende da diferença entre o desempenho percebido e as expectativas.

Deste modo, torna-se necessário fazer a avaliação destes dois conceitos. Quanto à qualidade do serviço, a qualidade da prestação do serviço percebido por parte dos consumidores assenta em três fatores-chave (Parasuraman, Zeithaml e Berry 1985): a comunicação de pessoa para pessoa, ou mais conhecida por passa a palavra, a consciência das necessidades pessoais e as experiências anteriores com o serviço de saúde. Assim, não depende apenas da prestação do serviço, mas também de um conjunto de características que resulta da comparação entre as expectativas dos consumidores e a perceção do serviço que lhes é prestado. Por fim, estas são influenciadas por fatores como a Tangibilidade, a Fiabilidade, a Prontidão, a Competência, a Cortesia a Credibilidade, a Segurança, a Comunicação, o Conhecimento das necessidades dos Consumidores e a Acessibilidade.

Para Donabedian (2003), no que diz respeito à avaliação da qualidade, esta implicava o conhecimento das interconexões entre a estrutura, processo e resultados, isto é, o conhecimento do contexto onde se desenvolvem os cuidados prestados e a sua ligação à eficácia e à qualidade dos cuidados.

Tanto os cidadãos como os serviços de saúde têm papéis fundamentais na melhoria da saúde individual e coletiva. Uma maior participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades pela proteção e promoção da sua própria saúde implica, também, poder participar no desenvolvimento dos serviços de saúde, bem como na defesa dos valores éticos que os sustentam. O anexo I mostra um esquema da qualidade de saúde traçada pelo ministério da saúde, bem como a identificação de algumas orientações estratégicas e intervenções necessárias para o sector da saúde.

Um dos pontos fundamentais para que a qualidade nos serviços seja contínua e eficaz é a importância dos colaboradores dentro das instituições dos serviços de saúde. Os colaboradores devem, assim, estar sempre atentos às necessidades específicas de cada consumidor. É fundamental que a organização aprofunde o conhecimento das necessidades e expectativas dos consumidores. Só assim, é possível criar um projeto ou especificação para uma boa prestação de serviços (Wisniewski e Donnelly 1996).

Segundo Bettencourt e Brown (1997), a satisfação dos colaboradores na organização e as suas características pessoais levam a uma prestação de serviço única a cada cliente. A forma positiva como lidam e como prestam os serviços faz com que os clientes atinjam um grau de satisfação elevada.

É importante que os colaboradores sintam conforto e confiança na organização, de forma a verem o seu esforço reconhecido, o que se traduz muitas vezes em benefícios pessoais, mesmo que apenas num futuro distante.

Conforme Sergeant e Frenkel (2000), as condicionantes de satisfação de um colaborador são diversas, influenciando a capacidade de satisfazer os pedidos dos clientes. A capacidade de satisfazer as necessidades dos clientes, e prestar um serviço adequado às necessidades e expectativas, é influenciado por três itens específicos: o compromisso organizacional, a avaliação da eficácia, e o apoio entre os diversos departamentos. No entanto, o comportamento organizacional é essencialmente influenciado pelo apoio dos diversos departamentos e a satisfação no local de trabalho. Por sua vez, a satisfação no trabalho é condicionada por inúmeros aspetos, a avaliação da eficácia, o apoio dos diversos departamentos, o apoio da equipa de trabalho e o apoio da supervisão.

Por outro lado, um modelo muito tradicional utilizado nos serviços de saúde para avaliar a qualidade de serviço é o proposto por Donabedian (1980), denominado “estrutura-processo-resultado”, apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Modelo de Donabedian

Estrutura	Processo	Resultado
Aspetos que facilitam os cuidados de saúde	Forma como os cuidados são prestados do ponto de vista técnico.	Resultado dos cuidados médicos na saúde ou bem-estar do utente.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1980).

Neste modelo, a qualidade em saúde é apresentada na perspetiva dos profissionais de saúde do ponto de vista técnico. Sendo que, os profissionais entendem que os pacientes não podem fazer uma avaliação correta, pois não possuem conhecimento suficiente sobre os cuidados de saúde para entender se foram bem prestados ou não.

Donabedian (1997) alargou esta definição do conceito de qualidade em saúde, recorrendo a sete dimensões da qualidade, conhecidas como os sete pilares da qualidade, como é apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Cinco dimensões da qualidade em saúde

Eficácia	Capacidade do cuidado médico contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, através da arte e da ciência da Medicina produzirem melhorias nos níveis de saúde e no bem-estar.
Eficiência	Custo necessário para o alcance de uma determinada melhoria da saúde. Se duas estratégias forem iguais, eficazes e efetivas, a mais eficiente é aquela que produza um custo mais reduzido.
Otimização	Assume-se como mais relevante quando os efeitos do serviço de saúde prestado não são avaliados de forma absoluta, mas sim de acordo com os seus custos.
Aceitabilidade	Adaptação do serviço de saúde prestado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes. Depende da efetividade, eficiência, otimização e da acessibilidade do serviço, das características da relação estabelecida entre médico e paciente, dos feitos consequentes e, por fim, do custo associado.
Legitimidade	Conformidade do serviço de saúde prestado com as preferências sócias.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1997).

A Qualidade é fazer bem a coisa certa à primeira, procurando sempre melhorar e satisfazer o cliente, considerando sempre o trabalho de equipa de todos os colaboradores da organização, onde deve predominar um provérbio popular no seio da organização “um por todos e todos por um”. No anexo II apresenta-se uma tabela segundo Seth, Deshmukh e Vrat (2004) que exhibe vários modelos de vários autores, de modo a apresentar a diversidade no mundo da investigação.

Capítulo 3- Revisão da literatura: Satisfação dos utentes

A satisfação dos utentes é um dos indicadores importantíssimos na determinação da qualidade do serviço de saúde. A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

A avaliação da satisfação do utente traz benefícios para os profissionais e gestores de saúde, visto que permitem a identificação de áreas potenciais dos serviços que carecem de melhorias, assim como otimizar os gastos em saúde através do planeamento e avaliação baseada na percepção dos utentes.

Contudo, neste tópico será apresentada uma revisão da literatura sobre a satisfação dos utentes, a identificação de algumas dimensões da satisfação, a apresentação de alguns modelos conceptuais da satisfação dos clientes em serviços, bem como as suas limitações e para finalizar um quadro representativo de vários artigos científicos sobre o conceito em estudo.

3.1- Generalidades da Satisfação dos Utentes

A crescente utilização dos serviços de saúde e, simultaneamente, o aumento da responsabilização das instituições de saúde, leva à necessidade de estas se certificarem se as pessoas estão ou não satisfeitas com os cuidados que recebem.

O conceito de “satisfação do utente” numa perspetiva teórica refere-se às diversas reações do utente face à experiência dos cuidados de saúde. É um termo difícil de definir pois reveste-se de uma natureza subjetiva, já que se tenciona obter a perspetiva do utente relativamente aos cuidados de saúde prestados (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001; Fortuna *et al.*, 2001).

A opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em

relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre *et al.*, 2002).

Por isso, tal como refere Fortuna *et al.*, (2001), “um dos mitos que envolvem a satisfação dos utentes é o facto de se tratar de uma noção pouco palpável e que não pode ser medida”. No entanto, devido ao crescente interesse e exigência nesta área, a avaliação da satisfação do utente está a tornar-se rapidamente uma ciência.

O “livro de reclamações” e a “caixa de sugestões”, que em parte se introduziu nas rotinas dos serviços de saúde, não tem tido o devido aproveitamento gestor. Porém, o aproveitamento das fontes espontâneas de informação não invalida a necessidade de estudos específicos do grau de satisfação dos utentes, permitindo análises mais rigorosas ou especializadas, cujos resultados são considerados importantes para influenciar atuações futuras e explicitar junto dos cidadãos os reflexos organizacionais da expressão das suas opiniões, sem que isso signifique o seu acatamento cego (Neves, 2002).

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão. É, no entanto, igualmente importante, fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as perceções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

Linder-Pelz (1982) afirma que a satisfação dos utentes é uma postura individual, resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde. Esta deve ser compreendida dentro de um determinado contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente.

Já de acordo com Pascoe (1983), a satisfação é vista como uma reação dos utentes em relação aos cuidados prestados por uma instituição de saúde, efetuando uma avaliação cognitiva e uma reação emocional em relação à estrutura, processo e outcome dos serviços prestados.

Segundo Greene, Weinberger e Mamlin (1980), a satisfação relaciona-se com a forma como as expectativas dos cuidados são percebidas pelos utentes. Assim, a satisfação define-se através de um elaborado processo psicossocial que abrange as expectativas dos utentes, o produto dos cuidados, as experiências prévias e as expectativas relativamente à

cura ou recuperação. Deste modo, o conceito de satisfação pode ser definido como o cumprimento das expectativas e necessidades dos utentes de acordo com a sua perspetiva.

Para John (1992), a satisfação do utente corresponde a uma reação emocional dada em consonância da avaliação que este faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Como tal, essa resposta emocional é determinada pela confirmação ou infirmação das suas expectativas.

Com as várias definições apresentadas, Carr-Hill (1992) declara que a «satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de fatores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade».

Posto isto, a satisfação pode ser medida através das perceções dos utentes e é definível enquanto resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões dos cuidados de saúde ou como reação a aspetos específicos dos cuidados prestados. Esta analisa a avaliação cognitiva e a reação emocional do paciente à estrutura, ao processo e ao resultado dos cuidados (Santos, 1993).

Já segundo Turner (1990), este conceito é o resultado de expectativas concretizadas. A satisfação é uma função da perceção da discrepância entre os desejos individuais e as experiências ocorridas nos serviços de saúde.

Graça (1997) definiu a satisfação como uma atitude, uma emoção e um sentimento que pode ser medido através da opinião que cada utilizador faz em relação aos cuidados de saúde prestados de acordo com as suas expectativas.

Porém, a satisfação dos doentes pode ser utilizada para a avaliação da estrutura, quando esta se refere ao juízo elaborado pelo utilizador decorrente da experiência de internamento; isto é relevante na perspetiva da gestão da organização no sentido de promover uma locação de recursos adequados (Marley, Collier e Goldstein 2004).

Uma nova perspetiva é apresentada por Vinagre e Neves (2008), que surge no seguimento de diferenciar a satisfação e a qualidade dos serviços. A perceção da qualidade de serviço e a satisfação dos utilizadores são construções distintas que podem ser definidas e avaliadas de diferentes formas. Ainda segundo estes autores, a satisfação é percecionada como uma

resposta global na qual os consumidores refletem os seus níveis de prazer e ainda se baseia nos serviços prestados e previstos em função de normas que dependem de experiências passadas.

Em suma, com todas estas definições apresentadas pode-se concluir que ao longo do tempo, já vários autores estudaram a maneira mais correta de definir e avaliar a satisfação dos utentes chegando a diversas opiniões, sendo cada uma delas, importante pela sua diversificação.

3.2- Modelos de avaliação da Satisfação

O conceito da qualidade é muito utilizado, por diversos investigadores, relacionando-o com o marketing, e o conceito da satisfação do utilizador é dominante nos modelos de qualidade de serviços cuja finalidade visa a satisfação dos utentes.

Deste modo, já diversos investigadores formularam diversos Modelos Conceptuais para avaliar a Satisfação dos Clientes em Serviços. De seguida vou apresentar alguns modelos encontrados na literatura. O modelo que se segue, surge para estudar a lealdade do cliente, de acordo com a complexidade do serviço, bem como o impacto da imagem da empresa junto dos seus clientes e fornecedores.

Os serviços, hoje em dia, são cada vez mais competitivos tornando-se cada vez mais semelhantes (Andreassen e Lindestad, 1998). A diferenciação é cada vez mais, uma necessidade para a empresa crescer ou manter-se viva nos mercados atuais, tendo que embarcar numa jornada de posicionamento do mercado através do canal da comunicação (publicidade e venda pessoal), com o objetivo de construir uma forte imagem corporativa de modo a criar atratividade no sector que se posiciona.

Andreassen e Lindestad (1998) examinaram o impacto da imagem corporativa na qualidade, satisfação e lealdade do consumidor em serviços complexos, caracterizados por atributos de qualidade difíceis de avaliar.

Com este estudo verificou-se que em mercados onde a diferenciação é muito baixa é necessário encontrar forma de reter os clientes atuais tornando-se importante para a

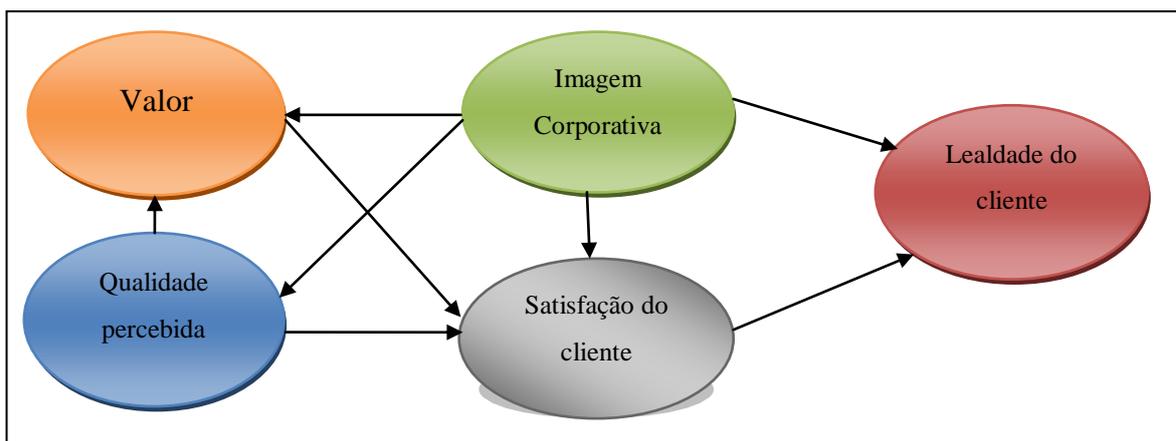
existência futura da empresa. A satisfação do cliente e a imagem corporativa são dois aspetos que se acredita influenciar a retenção de clientes.

O modelo proposto por Andreassen e Lindestad (1998) apresenta que a qualidade percebida e a imagem corporativa teriam grande influência na satisfação, enquanto o valor não afetaria significativamente a satisfação. O valor não é necessariamente antecedente ou consequência da satisfação, e nem sempre é considerado pelo cliente durante a escolha.

Conforme esses autores, a imagem é estabelecida e desenvolvida na mente do consumidor através da comunicação e experiência. A imagem corporativa é um dos determinantes na escolha da empresa pelo consumidor quando os atributos do serviço são difíceis de avaliar e, se o serviço retribuído ao cliente é satisfatório do seu ponto de vista, as atitudes e intenções serão favoráveis para a empresa. Desta forma, essa imagem desempenha um papel importante para atrair e reter clientes.

Contudo, este estudo tem algumas limitações: é necessário também atrair novos clientes para a empresa e encontrar boas ferramentas para medir a imagem da empresa, a satisfação e a lealdade que o cliente deposita na empresa a ser analisada.

Figura 5: Modelo estrutural da satisfação para serviços complexos.



Fonte: Andreassen e Lindestad (1998).

O conceito de satisfação e avaliação de qualidade são utilizados indiscriminadamente, e apesar de terem pontos comuns, a satisfação é habitualmente vista como um conceito mais amplo que pode abarcar quer uma perspetiva mais individual, ou mesmo a um nível mais macro englobando o contexto organizacional. A qualidade percebida é pois um dos fatores

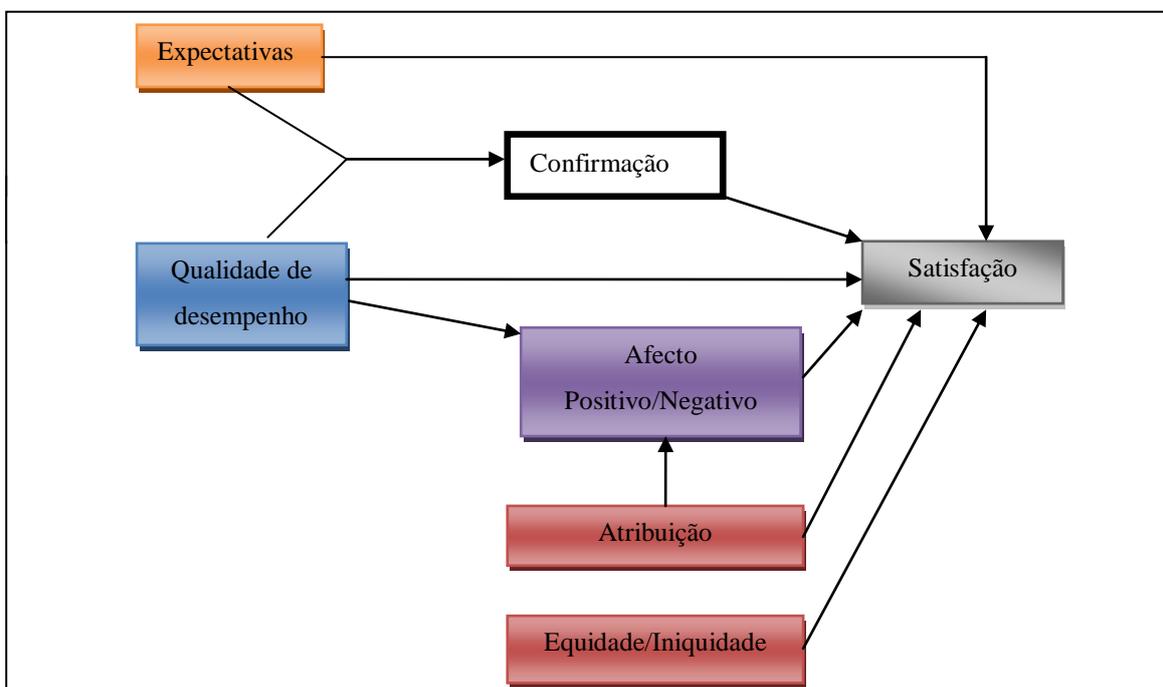
antecedentes que conduzem à satisfação (Newsome e Wright, 1999). Ainda tendo em conta estes autores, é necessário valorizar uma diversificada panóplia de variáveis emocionais que podem influenciar este processo de análise da satisfação, tais como: alegria, excitação, amor-próprio, angústia, tristeza e culpa.

A satisfação pode ser uma resposta efetiva (positiva ou negativa), tendo em conta antecedentes cognitivos, as expectativas, o desempenho, a confirmação positiva ou negativa dessas expectativas, a atribuição e o sentido de equidade e iniquidade como se pode verificar na ilustração da figura 6.

Segundo Newsome e Wright (1999), a satisfação dos utilizadores, no seu sentido mais amplo, é vista como sendo um complexo processo de expectativas do equilíbrio do utilizador com as perceções do serviço ou produto em questão. Mecanismos semelhantes parecem desempenhar um papel na determinação da satisfação do paciente nos cuidados de saúde, embora esta análise está longe de ser uma comparação simplista entre expectativas e perceções.

Para além dos processos cognitivos subjacentes à satisfação dos utentes, como a formação de expectativas, a comparação entre o desempenho e essas mesmas expectativas ou desejos, há também interferência das emoções.

Figura 6: Modelo Cognitivo – afetivo da satisfação



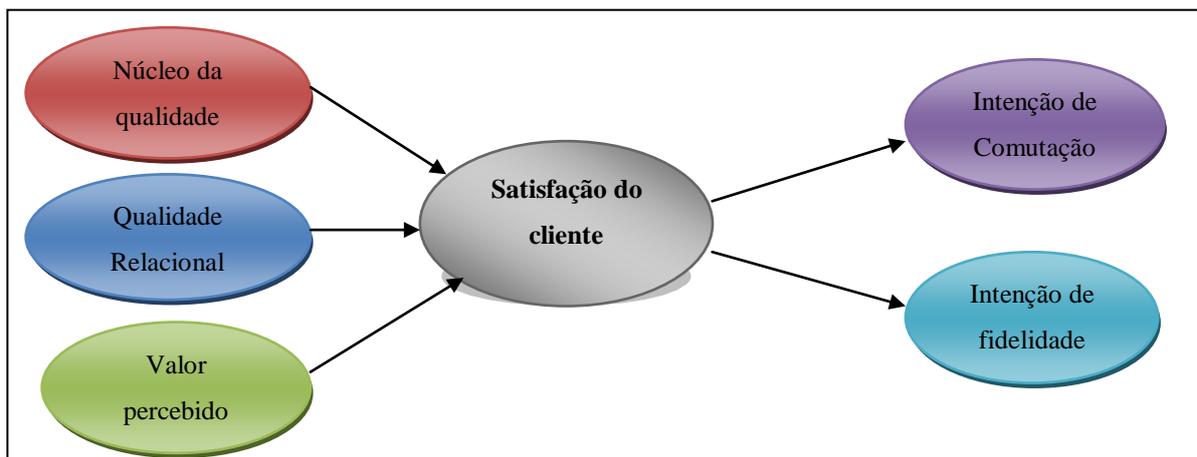
Fonte: Newsome e Wright (1999).

No artigo presente de Newsome e Wright (1999), utilizaram como método de estudo a revisão da literatura, de onde surgiu como resultado final o modelo apresentado na Figura 6, que tem como base o artigo de Oliver (1993).

Assim, as expectativas e o desempenho podem exercer um efeito direto sobre a satisfação, ou podem ser mediadas indiretamente através do processo de confirmação positiva (isto é o desempenho é superior ao esperado), ou pelo contrário por um processo de confirmação negativa, que levará à insatisfação. O afeto, quer positivo, quer negativo é visto como um outro intermediário entre o desempenho e a atribuição. A equidade é requerida como um contributo distinto, não relacionado nem com o afeto nem com outros componentes cognitivos. Este modelo tem subjacente a satisfação do consumidor, numa perspetiva de marketing, e segundo Newsome e Wright (1999), a satisfação do cliente não é a mesma coisa que satisfação do utente.

Em 2000 surgiu um estudo de McDougall e Levesque de modo a tentar relacionar três conceitos – núcleo da qualidade do serviço, qualidade relacional e valor percebido – de modo a estes contribuírem para a Satisfação dos clientes como demonstra na Figura 7.

Figura 7: Modelo da Satisfação dos clientes através da qualidade e do valor percebido



Fonte: McDougall e Levesque (2000).

Os resultados revelaram que o núcleo da qualidade e o valor percebido foram os conceitos mais importantes para a satisfação do cliente. A qualidade relacional (a entrega) teve um significado menor no que diz respeito à satisfação. Para uma satisfação dos clientes sucessiva é necessário existir uma intenção contínua de comutações entre a empresa e os

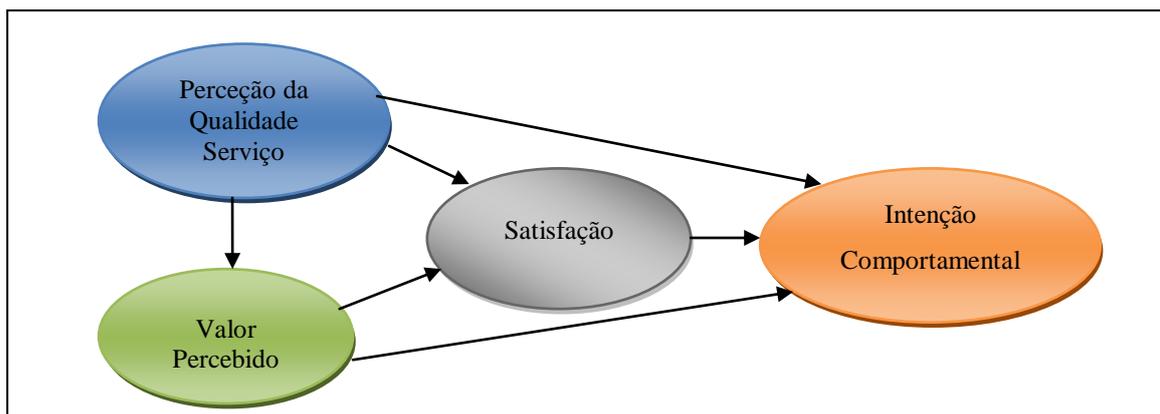
seus clientes e fornecedores, e uma intenção de fidelidade de modo a encontrar um reconhecimento por parte dos clientes de um bom desempenho do serviço prestado pela empresa.

A principal conclusão deste estudo foi que tantos os valores percebidos como as dimensões da qualidade do serviço devem ser incorporadas nos modelos de satisfação dos clientes, para fornecer um quadro mais completo dos *drivers* da satisfação.

Quatro anos mais tarde, Choi *et al.*, (2004) apresentaram um novo modelo, tal como se apresenta na Figura 8, que estima a influência do valor percebido e da perceção da qualidade do serviço na satisfação do cliente e suas intenções comportamentais para serviços de saúde, num contexto muito concreto, o da Coreia do Sul.

Este modelo confirma as pesquisas de Wang e Lo (2002), que apresentam como resultado do seu estudo a influência positiva da qualidade nos serviços e o valor sobre a satisfação, sendo que a qualidade nos serviços exerce maior influência na satisfação do que o valor, para os serviços de saúde.

Figura 8: Modelo da Satisfação dos utentes em serviços de saúde

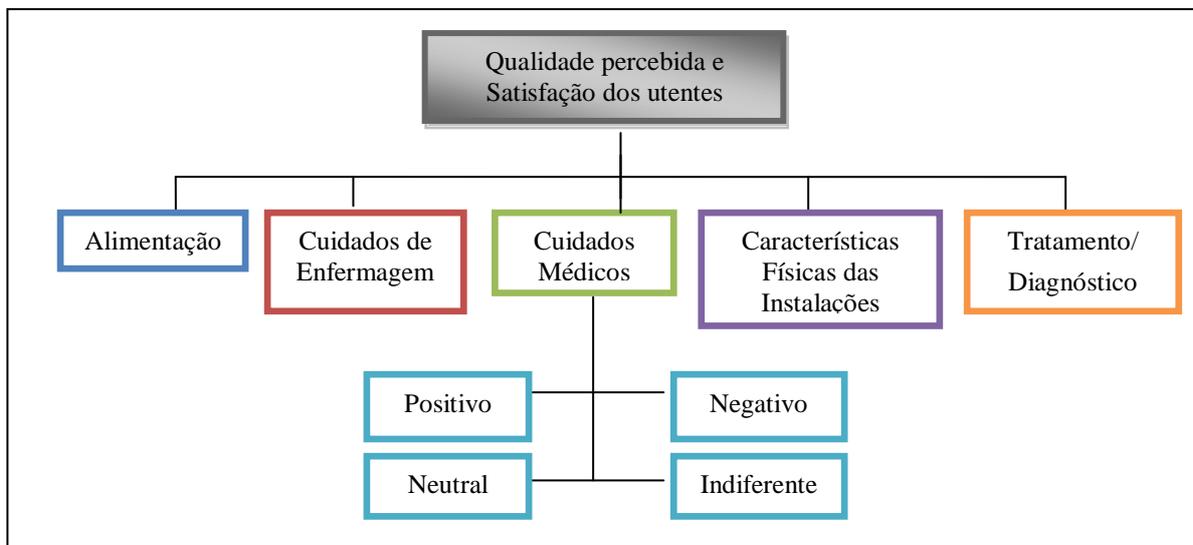


Fonte: Choi *et al.*, (2004).

No que diz respeito ao modelo de Choi *et al.*, (2004), pode-se então afirmar que a perceção da qualidade do serviço afeta positivamente o valor percebido pelo paciente, e estas por sua vez afetam positivamente a satisfação. Por outro lado as intenções comportamentais são influenciadas pela satisfação do cliente, pela qualidade do serviço e pelo valor percebido positivamente.

Raftopoulos (2005) escreveu um estudo qualitativo cujo objetivo é identificar as diversas dimensões da satisfação dos utentes e da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Figura 9: Modelo da Qualidade percebida e Satisfação do utente



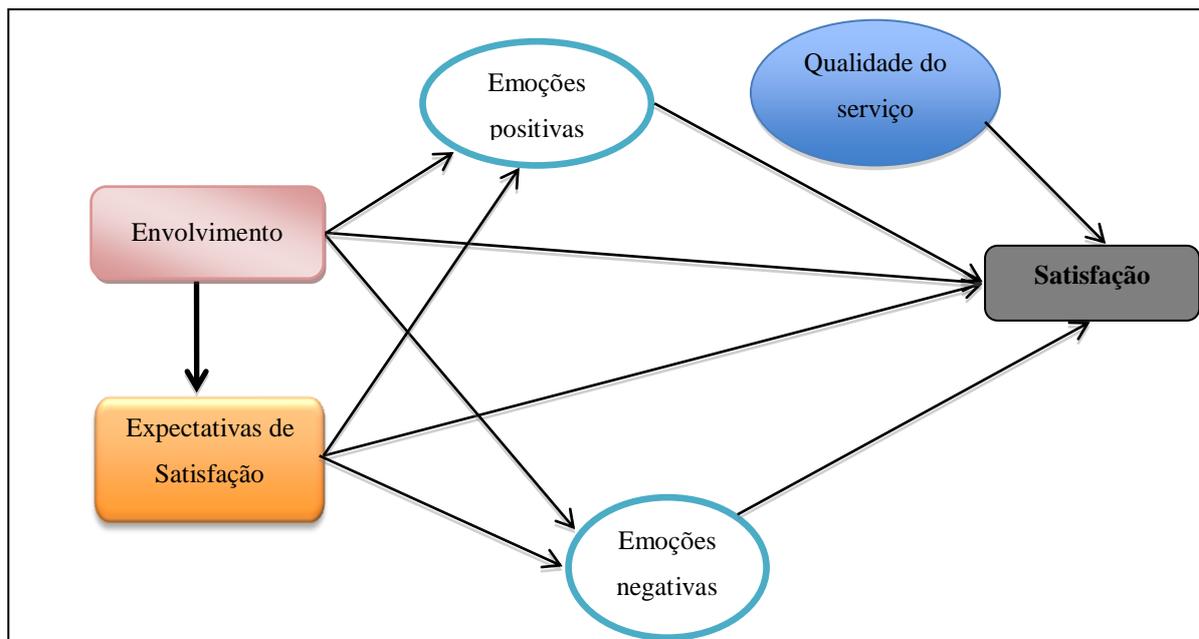
Fonte: Raftopoulos (2005).

Neste estudo foram analisados cinco fatores importantíssimos para explicar a satisfação dos utentes e a qualidade percebida dos cuidados de saúde recebidos, sendo eles a alimentação, os cuidados de enfermagem, os cuidados médicos, as características físicas das instalações e o tratamento/diagnóstico. Na Figura 9, encontra-se a esquematização de todos estes fatores transcritos.

Ainda neste modelo, os fatores apresentados expressam sentimentos que podem ser positivos ou negativos, ou mesmo neutros ou indiferentes. Contudo, neste estudo é de referir que cada pessoa tem valores e crenças pessoais diferentes o que pode enviesar algumas hipóteses admitidas neste estudo.

Posteriormente, Vinagre e Neves (2008) apresentaram um estudo bastante importante para a investigação, que tinha como objetivo desenvolver e testar empiricamente um modelo para examinar os principais fatores que afetam a satisfação dos pacientes, que estimam as relações entre a qualidade do serviço, as emoções do paciente, as expectativas e todo o envolvimento subjacente, conforme se apresenta na figura 10. Porém, a metodologia abordada foi testada usando equações estruturais, com uma amostra de 317 pacientes de seis centros de saúde portugueses, usando uma escala do SERVQUAL para avaliar a qualidade do serviço e uma escala DESII adaptada para avaliar as emoções do paciente.

Figura 10: Modelo Conceptual – Satisfação dos Utentes

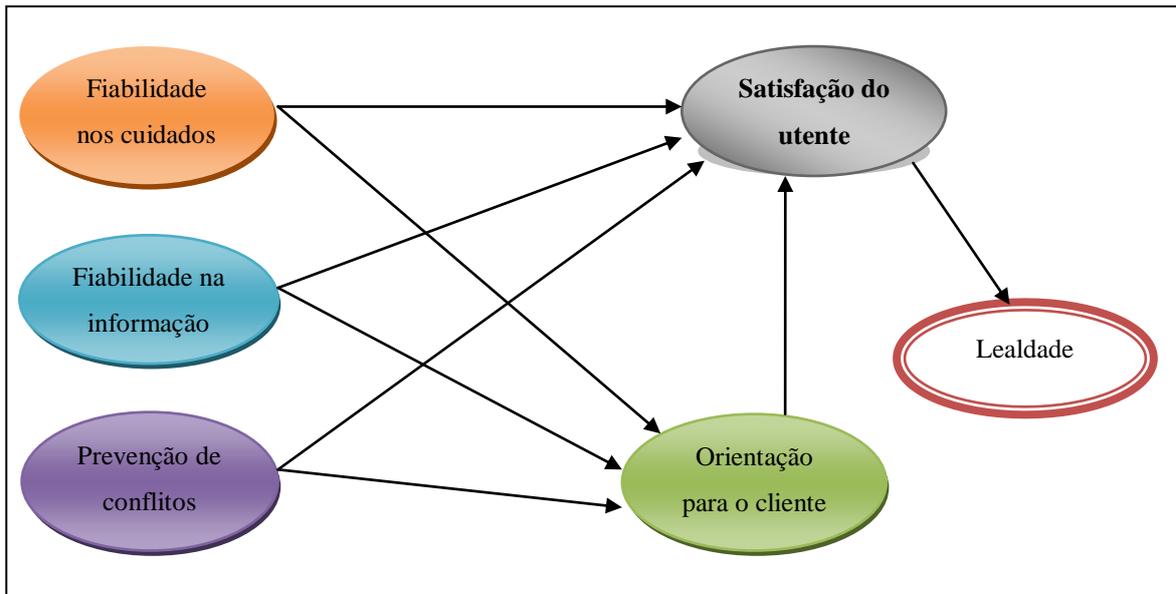


Fonte: Vinagre e Neves (2008).

Assim, estes autores admitiram que o envolvimento e as expectativas de satisfação afetam as emoções (positivamente). Contudo as emoções positivas afetam positivamente a satisfação e as emoções negativas afetam negativamente a satisfação. Quer o envolvimento quer as expectativas de satisfação afetam positivamente a satisfação e ainda a qualidade de serviço afeta também positivamente a satisfação.

Mais recentemente Ndubisi (2011) formulou um modelo conceptual tendo como base a análise do efeito da fiabilidade no sector da saúde, na Malásia – Figura 11.

Um estudo que contou com a colaboração de 423 utentes dos cuidados de saúde na Malásia através de questionários baseados na idade, género e raça, deu suporte teórico ao modelo seguidamente apresentado. Os resultados do estudo indicam que a fiabilidade nos cuidados prestados, a fiabilidade das informações e a prevenção de conflitos nos cuidados de saúde da Malásia afetam diretamente a orientação para os utentes. Os quatro conceitos apresentados afetam por último a satisfação dos utentes e indiretamente afetam a lealdade do cliente através da satisfação dos clientes.

Figura 11: Modelo da satisfação dos utentes.

Fonte: Ndubisi, 2011

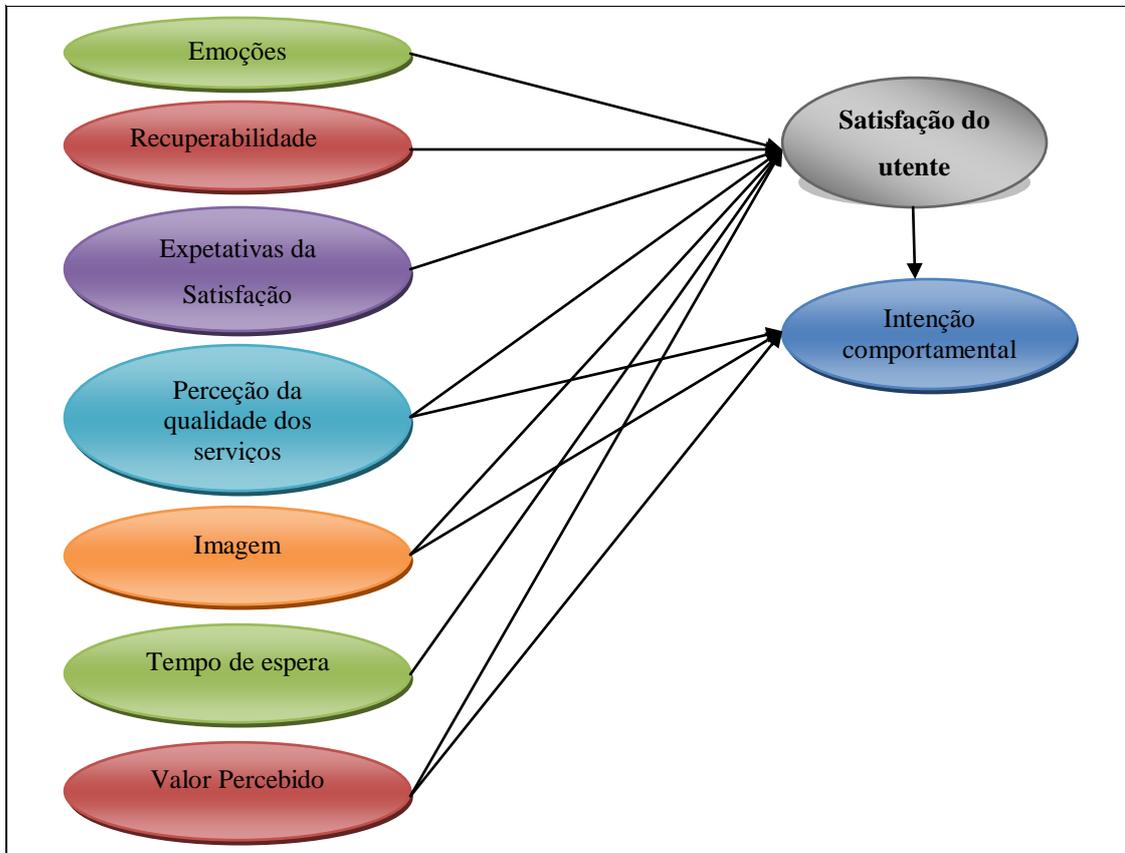
Segundo Ndubisi (2011), em muitos aspetos a Malásia é um país que representa a Ásia devido à sua mistura única da cultura asiática. Assim, existe uma necessidade emergente de realizar estudos nos diversos países deste continente, de forma a examinar a qualidade dos serviços de saúde, as perceções dos utentes, a lealdade e a satisfação. Estes estudos futuros são importantes tendo em vista a natureza dos cuidados de saúde que requer um serviço altamente personalizado. Uma limitação também iminente é o emprego dos questionários num corte transversal dos utentes, seria mais viável um projeto de pesquisa longitudinal.

Já de acordo com Qin e Prybutok (2012) articularam um modelo conceptual onde admitiram que as perceções do paciente sobre os cuidados de saúde são fundamentais para o sucesso a longo prazo de um serviço de saúde, devido à influência significativa que as perceções exercem sobre as decisões comportamentais do paciente.

Confrontados com o surgimento de uma indústria competitiva nos cuidados de saúde, Qin e Prybutok (2012) elaboraram um estudo sobre as urgências hospitalares, tendo definido como objetivos: (i) desenvolvimento de um instrumento para medir as percepções da qualidade do serviço, (ii) a identificação dos determinantes que influenciam a satisfação dos utentes e a intenção comportamental, e (iii) relação empírica entre as percepções da qualidade do serviço, a satisfação do paciente e a intenção comportamental.

O estudo em análise apresenta as emoções, a recuperabilidade, as expetativas da satisfação, a perceção da qualidade dos serviços, a imagem, tempo de espera e o valor percebido como determinantes da satisfação dos utentes, como demostra a Figura 12.

Figura 12: Modelo conceptual da satisfação e da intenção comportamental dos utentes numa urgência hospitalar



Fonte: Qin e Prybutok (2012)

O método utilizado para validar este modelo foram questionários *on-line*, na plataforma de Websurveyor, a estudantes universitários dos Estados Unidos da América. A amostra foi constituída por 918 questionários onde só foram validados 462. Para avaliar a qualidade do serviço percebido foi utilizado o método de Donbedian (estrutura, processo e resultado) e a escala do SERVQUAL.

Os resultados mostraram-se pertinentes na qualidade do serviço percebido, pois inicialmente Qin e Prybutok (2012) indicaram como determinantes da qualidade do serviço percebido a acessibilidade, a garantia, a disponibilidade, a comunicação, a eficiência, a

empatia, a interação, o profissionalismo, a confiança, a responsabilidade, a segurança, a tangibilidade e a qualidade técnica e só seis destes é que se mostraram significativos, sendo eles: acessibilidade, eficiência, interação, profissionalismo, tangibilidade e qualidade técnica. Em relação aos outros constructos apresentados para determinar a satisfação dos universitários numa urgência hospitalar, verificou-se um efeito positivo entre eles.

Contudo, o artigo de Qin e Prybutok (2012) apresenta algumas limitações, como é o exemplo da homogeneidade da amostra. Os autores só se limitaram a aplicar questionários a estudantes universitários o que em meu entender influencia os resultados, apesar de estarmos a falar de pessoas com qualificações para responder ao questionário, os estudantes tiveram que se basear nas expectativas que tinham em relação aos serviços de urgências norte-americanos. Por outro lado, o artigo de Qin e Prybutok (2012) apresentaram inúmeras vantagens para o mundo da investigação, para além de ser um artigo bastante recente, apresenta constructos que se mostram bastante importantes nos tempos que correm para avaliar a satisfação dos utentes.

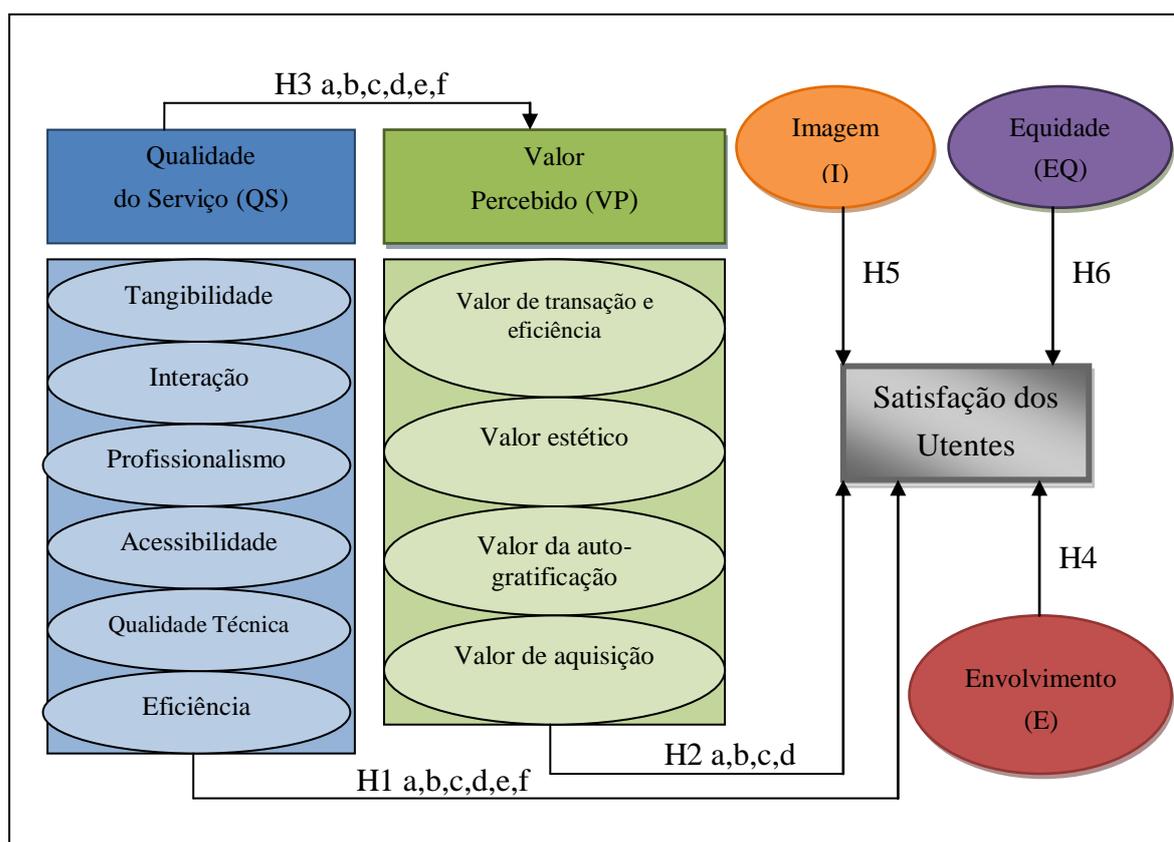
Para finalizar, existem vários métodos, técnicas e instrumentos, cada qual com as suas vantagens e desvantagens, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas na avaliação da satisfação dos utentes. O instrumento a utilizar deve, portanto, ser adequado à realidade em que vai ser aplicado. No Anexo III apresentam-se vários artigos encontrados no mundo da investigação sobre a Satisfação dos Utentes.

Capítulo 4- Quadro Conceptual

O modelo conceptual apresentado é uma junção de vários conceitos apresentados em alguns estudos valorizados internacionalmente.

Na figura 13 ilustra-se o modelo conceptual de forma a testar a satisfação do utente no Hospital Militar Regional Nº 1, Porto. De notar que cada hipótese apresentada terá um fundamento teórico de acordo com a revisão da literatura.

Figura 13: Modelo Conceptual proposto



Fonte: Elaboração própria

Para esquematizar toda a informação relevante, o anexo IV apresenta cada constructo do modelo conceptual e a fonte de onde foi retirado.

4.1- Fundamentações das hipóteses formuladas

4.1.1- Qualidade do serviço

A qualidade nos serviços tem sido usada, cada vez mais, para descrever diversos fenómenos. Os estudos de qualidade nos serviços ao nível do consumidor ter um impacto decisivo sobre o tipo de pesquisa que tem sido alvo (Grönroos, 2000).

Em relação à avaliação da qualidade nos serviços de saúde, segundo Choi *et al.*, (2004), os resultados parecem relativamente concreto, embora algumas dúvidas têm sido levantadas, nomeadamente, um atraso significativo entre a oferta dos cuidados médicos e o reconhecimento do resultado. Ainda em relação aos cuidados médicos, a maioria dos pacientes não possuem habilitações suficientes para avaliar se o serviço médico foi feito corretamente e se foi mesmo necessário todos os meios e recursos utilizados.

Vários estudos exploratórios ajudaram a desenvolver uma avaliação e medição da qualidade do serviço conhecido como SERVQUAL, que é um instrumento que tem sido melhorado ao longo do tempo, e que inclui cinco dimensões de qualidade nos serviços (fiabilidade, garantia, tangibilidade, empatia e capacidade de resposta) onde os consumidores são invocados para utilizar de forma sistemática esta ferramenta de forma a perceber-se se existe qualidade nos serviços prestados.

Este instrumento tem recebido fortes críticas. Primeiro, as cinco dimensões para medir a qualidade do serviço podem variar na saúde, em função da área de aplicação específica. Em segundo lugar, usando a diferença entre as perceções e expectativas para medir a qualidade do serviço (calcular os gap's) foi considerada inadequada na indústria dos cuidados de saúde, porque muitos pacientes não têm expectativas de serviços de saúde antes de serem consultados (Qin e Prybuton (2012).

Assim, Cronin e Taylor (1992) desenvolveram o modelo de análise de qualidade de serviço SERVPERF. Esta metodologia não tem em consideração a análise das expectativas, centra a sua atenção na avaliação da qualidade realizada, com base nas perceções do cliente relativamente às cinco dimensões da qualidade de serviço. Assim, a qualidade de serviço pode ser representada do seguinte modo:

$$\text{Qualidade de Serviço} = \text{Importância da Dimensão} \times \text{Performance da Dimensão de Serviço Percebido}$$

Para medir a qualidade do serviço irei utilizar as variáveis latentes, as dimensões propostas por Qin e Prybuton (2012), e que se enumeram desde já:

1. Tangibilidade: instalações físicas e o ambiente proporcionado pelos prestadores do serviço de saúde;
2. Interação: serviço de encontro entre os utentes e os profissionais de saúde;
3. Profissionalismo: conhecimento e experiência dos profissionais e suas competências técnicas;
4. Acessibilidade: capacidade de resposta do serviço de saúde, num período eficaz.
5. Qualidade técnica: resultados do tratamento, incluindo tanto a recuperação física como a emocional;
6. Eficiência: colaboração e cooperação de todos os profissionais de saúde.

Assim irei utilizar estas dimensões para validar a relação causal entre qualidade de serviço e a satisfação dos utentes.

4.1.2- Satisfação do Utente

Nas duas últimas décadas tem-se assistido ao aumento vertiginoso de pesquisas sobre a satisfação do consumidor (Woodruff e Gardial 1996). As empresas têm usado a satisfação do cliente para determinar a qualidade do produto/serviço e para reter mais clientes. Considerando deste modo, o estudo deste conceito é importantíssimo para o desenvolvimento do HMR1.

A satisfação é avaliada baseada numa resposta emocional ao encontro de um serviço (Oliver, 1997). Segundo Cronin, Brady e Hult (2000), este constructo é apoiado em dois fatores: o primeiro fator é uma medida “baseada nas emoções” (SAT1) enquanto o segundo é uma medida "avaliativa" do grau de satisfação (SAT2).

A literatura de marketing está concentrada na investigação das diferenças e na ordem causal entre a satisfação e a qualidade (Gallarza, 2005). De acordo com Cronin, Brady e Hult (2000), têm existido três posições claramente diferenciadas na literatura:

1. Sugere a existência da relação entre a qualidade e a satisfação - nenhuma das duas podem ser antecedentes da outra;
2. Argumenta que a satisfação atua como antecedente da qualidade;
3. A posição dominante, que estabelece a ordem - causal inverso sendo a satisfação a consequência da qualidade.

Já segundo Oliver (1997), a qualidade do serviço é considerada geralmente uma construção cognitiva enquanto a satisfação tem sido considerado um conceito mais complexo que inclui componentes cognitivos e afetivos.

Segundo González, Comesaña e Brea (2007), a qualidade do serviço é um antecedente da satisfação, mas a satisfação pode representar um antecedente da qualidade de serviço percebida, isto é, se a experiência for satisfatória da qualidade do serviço já vivenciado pode levar o consumidor a desenvolver e modificar a sua atitude global no longo prazo, de tal forma que um acumulo de avaliações específicas (satisfação com uma transação) resulta numa avaliação global (qualidade percebida).

Como resultado da avaliação dos modelos analisados neste trabalho verificou-se que segundo Andreassen e Lindestad (1998), Newsome e Wright (1999), McDougall e Levesque (2000), Choi *et al.*, (2004), Vinagre e Neves (2008) e Qin e Prybutok (2012) a qualidade influencia significativamente a satisfação e também segundo estes autores a qualidade antecede a satisfação.

Assim, a distinção entre a qualidade do serviço como um constructo cognitivo e satisfação como um constructo afetivo sugere uma ordem causal que posiciona a qualidade do serviço como um antecedente da satisfação (Choi *et al.*, 2004). Assim, de acordo com uma visão predominante na literatura, sugiro a primeira hipótese deste estudo:

H1: A qualidade do serviço tem um efeito positivo na satisfação dos utentes.

4.1.3- Valor Percebido

Vários estudos deslindaram qualidade do serviço como um antecedente da satisfação, como já foi apresentado anteriormente, ignorando por vezes, a existência de outros componentes, como é o caso do valor para a determinação da satisfação dos utentes.

O valor para o consumidor refere-se à avaliação geral dos consumidores da utilidade dos produtos/serviços, baseando-se em benefícios e sacrifícios (Zeithaml, 1988). Os benefícios na área da saúde são principalmente o resultado de uma boa qualidade do serviço, como é o exemplo do valor do consumidor, satisfação, lealdade e imagem (Choi *et al.*, 2004). Segundo Lam *et al.*, (2004), as deficiências do serviço podem ser compensadas por sacrifícios (por exemplo, o preço), onde os clientes ficam mais satisfeitos.

Definições mais abrangentes surgiram por parte de Mathwick, Malhotra e Rigdon (2002) onde identificaram a economia, a eficiência, o prazer, o escapismo, a diversão, o apelo visual e as dimensões dos serviços de excelência como características importantes para a determinação do valor do consumidor. Já para Gallarza e Saura (2006) enumeraram a eficiência, a qualidade do serviço, o valor social, o jogo, a estética, o custo monetário percebido, a montagem percebida, o tempo e o esforço.

Gounaris *et al.*, (2007) consideraram o valor do consumidor em seis elementos: o valor do produto, o valor processual, o valor pessoal, o valor emocional, o valor social e sacrifício percebido.

Para este estudo, considerar-se-ão os mesmos elementos da dimensão do valor percebido que Chahal e Kumari (2011) estudaram para o sector da saúde, ou seja, o valor de transação, o valor da eficiência, o valor estético, o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição. Estes autores definiram os cinco elementos da seguinte forma.

- Valor de aquisição: refere-se aos ganhos líquidos quando os produtos/serviços são adquiridos, existindo por norma um equilíbrio entre os benefícios e os sacrifícios (Chahal e Kumari, 2011; Mathwick, Malhotra e Rigdon 2002).
- Valor de transação: relaciona-se com a satisfação psicológica, prazer ou o ganho dos “serviços prestados” (Chahal e Kumari, 2011; Grewal *et al.*, 1999; Parasuraman e Grewal, 2000). Ainda, baseando-me no estudo acima supracitado, na área de saúde a definição do valor da transação é quando o paciente se sente seguro nas mãos dos médicos incluindo o pós-tratamento, nos cuidados pessoais e um bom aconselhamento médico. Assim, a determinação do preço é a adição do valor de aquisição ao custo personalizado que cada paciente encontra nos serviços de saúde.

- Valor da eficiência: refere-se ao grau de eficiência e eficácia do processo de tratamento completo (Chahal e Kumari, 2011; Mathwick, Malhotra e Rigdon 2002). O consumidor escolhe sempre um hospital público ou privado, de acordo com o que é mais eficiente em comparação com os outros. Esta escolha pode estar relacionada com diversos fatores, como por exemplo a qualidade da equipa e o equipamento do hospital.
- Valor estético: apelo visual que é motivado pelo design atrativo, físico e a beleza inerente ao ambiente hospitalar (Chahal e Kumari, 2011; Arnold e Reynolds, 2003). Este elemento é importante para um melhor contributo do ambiente interno, das enfermarias, dos corredores, dos gabinetes médicos, das casas de banho, das salas de espera arrumadas e limpas, da higiene das roupas e da ventilação adequada à temperatura diária entre outros.
- Valor da auto-gratificação: refere-se às melhorias no bem-estar pessoal, consistindo na diminuição do stress e de sentimentos negativos, e na eliminação da solidão (Chahal e Kumari, 2011; Arnold e Reynolds, 2003). Esta dimensão sugere que as pessoas são motivadas a agir de forma a diminuir a tensão, mantendo assim o equilíbrio interno.

Para medir o valor percebido irei utilizar como variáveis latentes unidimensionais as dimensões consideradas no estudo de Chahal e Kumari (2011).

Por outro lado, de acordo com o trabalho desenvolvido por Taylor (1997), referido por Cronin, Brady e Hult (2000) indica que segundo:

- A literatura a satisfação do cliente é o resultado da perceção do valor de um cliente onde o valor é igualmente percebido na qualidade do serviço em relação ao preço (Hallowell, 1996);
- O primeiro determinante da satisfação do cliente é a qualidade percebida, o segundo determinante da satisfação do cliente é o valor percebido (Fornell *et al.*, 1996);

- A satisfação do cliente é reconhecida como sendo altamente associada com o valor, baseando-se na fusão dos atributos da qualidade do serviço com os atributos do preço (Athanassopoulos, 2000).

Igualmente, como resultado da avaliação dos modelos analisados neste trabalho verificou-se que segundo McDougall e Levesque (2000), Choi *et al.*, (2004) e Qin e Prybutok (2012) o valor percebido influencia significativamente a satisfação e também segundo estes autores o valor percebido antecede a satisfação.

Por outro lado, para o modelo proposto por Andreassen e Lindestad (1998) o valor não é necessariamente antecedente ou consequência da satisfação, e nem sempre é considerado pelo cliente durante a escolha.

Em relação à influência que a qualidade exerce sobre o valor percebido esta segundo a literatura revela-se de forte significância (McDougall e Levesque (2000), Choi *et al.*, (2004) e Qin e Prybutok (2012)).

Contudo, teoricamente os valores podem ser considerados uma construção baseada em conhecimento, tendo em conta o paradigma do benefício-sacrifício (Oliver, 1993). A literatura das ciências sociais indica que os processos de pensamento cognitivo desencadeiam respostas afetivas (Weiner, 1986). Desta forma, surgem as seguintes hipóteses:

H2: O valor percebido do cliente tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.

H3: A qualidade do serviço tem um efeito positivo sobre o valor percebido.

4.1.4- Envolvimento

Ao longo da literatura revista para este estudo foram visíveis os efeitos do envolvimento quer numa forma implícita ou explícita nas relações entre o consumidor e o prestador de serviços, especificamente no domínio do Marketing experiencial. “*O conceito de envolvimento refere-se ao nível de inter-atividade entre um fornecedor e um consumidor*” (Atwal e Williams, 2009, pp. 342), sendo por isso resultado de uma perspetiva individual (Zaichkowsky, 1985).

Zaichkowsky (1985, pp. 342) define o conceito como “a *importância que o indivíduo atribui ao objeto tendo em conta as suas necessidades, valores e interesses*”. Nesta perspetiva, este autor aponta como antecedentes do envolvimento os seguintes determinantes: (i) os fatores pessoais, (ii) os fatores físicos associados às características do objecto, e (iii) os fatores situacionais, as ocorrências que provocam/condicionam a disposição ao relacionamento e, não raras vezes, associadas ao preço do produto (Suh e Yi, 2006).

Donabedian (1980) refere que os profissionais de saúde valorizam mais as capacidades técnicas e as relações interpessoais (satisfação dos profissionais), enquanto os utentes valorizam os aspetos não técnicos da prestação dos cuidados (amenidades), nomeadamente a acessibilidade e a disponibilidade (satisfação dos utentes). Perante o exposto, verifica-se que a prestação de cuidados de saúde integra sempre três vertentes indissociáveis (Donabedian, 1980):

- A técnico-científica;
- A relação interpessoal profissional/utente;
- As amenities.

A componente interpessoal diz respeito ao aspeto sócio-psicológico da interação entre o profissional de saúde (médico, técnico, enfermeiro) e o utente em termos de cortesia, paciência, amizade e sinceridade. De facto, as normas interpessoais que orientam, em particular, a relação médico-doente acabam por derivar, à semelhança de qualquer outra relação social, de princípios e normas éticas (Donabedian, 1980), sendo o veículo através do qual o cuidado técnico é prestado e do qual depende o seu sucesso. Portanto, a qualidade das relações interpessoais é dos aspetos mais importantes para os doentes aquando da avaliação da qualidade dos cuidados prestados, acabando mesmo, por conseguir afetar a qualidade técnica dos cuidados de saúde (Donabedian, 1980) e o resultado do tratamento. Posteriormente, Donabedian (1987) e Siztia e Wood (1997) continuam a reclamar nos seus estudos a importância das relações médico-paciente em ambiente hospitalar.

Dentro da psicologia do consumidor, o envolvimento é visto como um construtor motivacional que influencia o comportamento dos consumidores subsequentes (Dholakia, 2001).

Shwu-Ing (2002) estudou o marketing na Internet e centrou-se no envolvimento e comportamento do consumidor, referindo vários autores e respetivas reflexões sobre o envolvimento:

- ✓ O envolvimento do consumidor resulta da preocupação que este tem em relação à compra/conceção da experiência (Bolfing, 1988);
- ✓ Um estado não observável de excitação, motivação ou interesse (Rothschild, 1984);
- ✓ Envolvimento pode ser evocado por um estímulo ou situação em particular com determinadas propriedades, levando à pesquisa, processamento de informações e tomada de decisão (Kapferer e Laurent, 1986);
- ✓ O envolvimento não é nada mais do que o interesse do consumidor por determinado produto (Hansen, 1985);
- ✓ Os antecedentes do envolvimento derivam das características pessoais, do objeto ou da situação (Zaichkowsky, 1986).

Ainda segundo Shwu-Ing (2002), o nível de envolvimento do consumidor afeta o seu comportamento nas seguintes decisões: da compra, dos produtos que compra, da quantidade de dinheiro a gastar, assim como na forma de entrega.

Por outro lado, embora o envolvimento represente uma construção mais complexa (Kim, 2005), assume-se que um paciente está envolvido quando o serviço é relevante, de acordo com as características do serviço e das necessidades do paciente, dos valores e interesses (Zaichkowsky, 1985).

Neste estudo utilizar-se-á o envolvimento como o grau de importância atribuída ao serviço por parte do paciente, como fez Vinagre e Neves (2008), apesar de eles indicarem que existem estudos que relacionam o envolvimento com a satisfação, ou que concebem a participação do envolvimento como mediador de desconfirmação (por exemplo, Pontes,

1993), o efeito do envolvimento é pouco explorado em comparação com outros indicadores de satisfação. Deste modo, surge outra hipótese:

H4: O Envolvimento tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.

Para finalizar, este constructo vai ser avaliado de forma direta, com um único item, que pretende identificar o grau de importância do serviço para o paciente: “os serviços prestados neste Hospital são muito importantes para mim”.

4.1.5- Imagem

No que diz respeito à identificação dos determinantes da satisfação, vários investigadores vêm a imagem como um componente importante para a avaliação da mesma. Segundo Qin e Prybutok (2012), a imagem é definida como uma atitude ou crença a respeito do reconhecimento que o utente tem em relação à empresa.

O poder da imagem surge da necessidade humana em simplificar as decisões de compra, criando representações simbólicas para representar a rede de significados admiráveis (Hite e Bellizzi, 1985). Cada vez que o processo de marketing se torna mais complexo, os consumidores começam a ter mais confiança nas impressões globais em relação à empresa, à loja ou à marca para tirar as conclusões acerca daquilo que quer comprar (Stern e Common 2001).

Por outro lado, segundo Johnson e Zinkham (1990), a imagem da organização trata os *stakeholders* de uma forma especial. A pesquisa sobre a imagem da organização dá ênfase à multidimensionalidade dos recetores para os grupos de *stakeholders*, que inclui não só os consumidores mas também, os fornecedores, os clientes organizacionais, a imprensa, os empregados, os acionistas, as comunidades locais, o governo e o público em geral.

Assim, a imagem corporativa favorável é proposta como um elemento fundamental para alcançar a satisfação dos clientes e ter uma intenção comportamental positivas. Por outro lado, quando existem fatores desfavoráveis na imagem corporativa, a comunicação boca-a-boca provoca um efeito negativo sobre a atitude e ação dos clientes.

Segundo Andreassen e Lindestad (1998), a imagem é estabelecida e desenvolvida na mente do consumidor através da comunicação e experiência. A imagem corporativa é um dos determinantes na escolha da empresa pelo consumidor quando os atributos do serviço são difíceis de avaliar e, se o serviço retribuído ao cliente é satisfatório do seu ponto de vista, as atitudes e intenções serão favoráveis para a empresa. Desta forma, a imagem desempenha uma relação positiva e significativa sobre a satisfação.

Segundo Qin e Prybutok (2012), uma boa imagem corporativa é associada a índices elevados de satisfação e fidelização do cliente. Assim, propõe-se a seguinte hipótese:

H5: A imagem tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.

4.1.6- Equidade

Oliver e Swan (1989) sustentavam que a equidade era um dos constructos cognitivos determinantes da satisfação e estavam relacionados positivamente com o desempenho. Esta mesma sustentação baseava-se na suposição de que consumidores satisfeitos percebiam melhor o tratamento equitativo ou “justo” ou ainda que tal percepção era resultante dos resultados serem favoráveis para os consumidores.

De um modo geral o conceito de equidade foi operacionalizado por vários autores, onde Oliver e Swan (1989), relata o sucesso na explicação de respostas individuais em que o indivíduo percebia que não existe equidade, quer ao nível do seu rácio esforço/resultado quer ao nível do mesmo rácio mas relativo ao outro indivíduo. Esta evidência deverá por si só transmitir insatisfação. Contudo, não deixaremos de inferir que todo o processo refere-se apenas à justiça distributiva, já que o consumidor deverá sentir-se insatisfeito se a experiência se revelam negativas, traduzindo desvantagem para si próprio, ou satisfeito se houver iniquidade positiva e desvantagem para o outro indivíduo, traduzindo deste modo injustiça vantajosa (Vinagre e Neves 2008).

Contudo já Goodwin e Ross (1992) e posteriormente Oliver (1997) consideravam e analisavam a forma como cada serviço era entregue, salientado a capacidade do consumidor participar na decisão de distribuição com a inclusão da capacidade de obter e fornecer informação de forma que tal utilização dessa informação influencie os resultados,

ou seja, esta justiça relacional está subjacente na forma como cada consumidor é tratado em termos de respeito e dignidade. Para Oliver (1997), os resultados encontrados por estas duas perceções de justiça sugerem que o efeito de equidade permite aumentar a capacidade de predição da satisfação pelo que o consumidor perceciona a justiça de forma retroativa, depois de recebido o resultado do serviço prestado.

Com base nestas considerações encontradas na literatura segundo Newsome e Wright (1999) e Vinagre e Neves (2008), podemos enunciar a seguinte hipótese:

H6: A equidade tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.

Capítulo 5- Descrição da Atividade do Hospital Militar Regional Nº1 – Porto

O HMR1 foi construído de raiz pela autorização da Carta de Lei de 18 de Abril de 1854, por D. Fernando II, Regente em nome do seu filho menor, o Rei D. Pedro V. A construção do hospital acabou por ser iniciada apenas em 1862, sendo o mesmo batizado em homenagem ao Rei D. Pedro V, falecido no ano anterior. O Hospital Militar D. Pedro V recebe os primeiros doentes apenas em 1869, quando ainda um terço do hospital estava finalizado.

Na sequência do golpe republicano de 1910, o hospital passa a designar-se "**Hospital Militar do Porto**". Na sequência da reorganização do Exército de 1926, o estabelecimento passou a ser o hospital da 1ª Região Militar, com a designação de "**Hospital Militar Regional Nº 1**". Em 1990, em homenagem ao seu fundador, o hospital voltou a incluir o nome do Rei D. Pedro V na sua designação oficial, que passou a ser "Hospital Militar Regional Nº 1 (D. Pedro V)".

No âmbito da criação do Hospital das Forças Armadas, ocorrida em 2009, estava prevista a transformação do HMR1 no pólo do Porto. Esta transformação é hoje encarada como significado de grande mudança, estando a decorrer nos tempos que correm. De acordo com as medidas de autoridade implementadas pelo governo, muitas alterações estão a decorrer atualmente. Começando pela organização de novos locais para os serviços, passando pela junção de algumas receções e terminado no despedimento de profissionais de saúde.

O HMR1 é dirigido normalmente por um coronel, dependente do Comando da Logística do Exército, através da Direção de Saúde, mas atualmente esta a ser dirigido por um Tenente Coronel, tendo este como cargo diretor interino.

Com já tive oportunidade de enumerar na introdução o hospital em estudo dispõe das seguintes áreas: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Clínica Geral, Departamento de Cirurgia do Ambulatório (DCA), Departamento de Cirurgia Interna (DCI), Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia, Farmácia hospitalar e de venda ao público, Fisioterapia, Gastroenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psicologia,

Psiquiatria, Reumatologia, Unidade de tratamento em Ambulatório (UTA), Urologia, Ortopedia e Traumatologia. Além destes serviços descritos, dispõe também de serviço de urgência.

Segundo o relatório do HMR1 “Movimento Assistencial” do ano 2012 foram assistidos 13527 doentes a que correspondem 96564 observações, nas quais não estão incluídas as admissões ao Serviço de Patologia Clínica. Na tabela 3 verifica-se o número de doentes assistidos e o número de observações realizadas de 2003 até 2012.

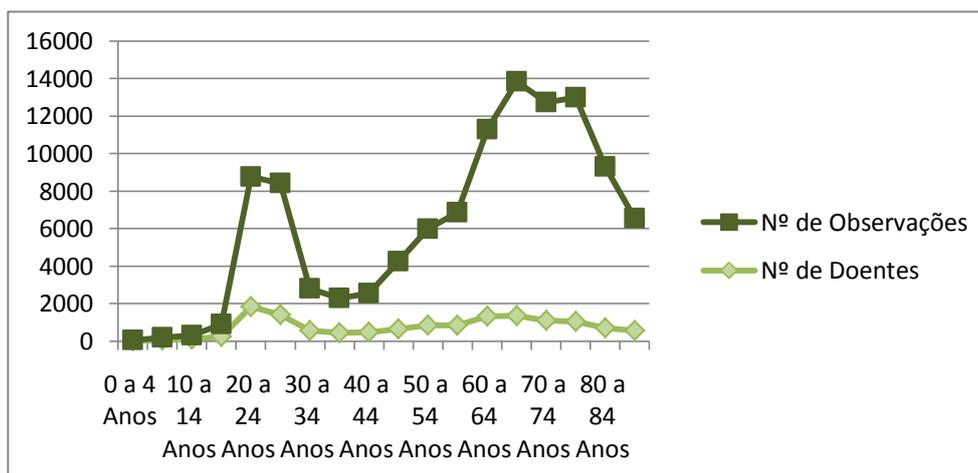
Tabela 3: Número de doentes assistidos e número de observações entre 2003 e 2012

Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de Doentes	17113	17520	18091	16231	16112	15844	15393	15426	14429	13527
Nº de Observações	104563	105072	99136	98736	98461	95211	97575	95310	94786	96564

Fonte: Lopes, 2013

Observa-se também que o número de doentes também é bem inferior ao número de observações, isto quer dizer que os utentes do hospital usufruem de várias áreas.

Gráfico 1: Grupos etários do nº de doentes assistidos e nº de observações



Fonte: Lopes, 2013

O gráfico 1 apresenta os grupos etários dos utentes do HMR1 no ano 2012, onde pode-se observar que o grupo etário onde se encontra maior número de doentes é nas idades

compreendidas dos 20 aos 29 anos. Por sua vez, os que carecem de um maior número de observações é nas idades compreendidas dos 65 aos 74 anos.

Todos os utilizadores do HMR1 têm de ser militares do Exército, Força Aérea e Marinha, bem como elementos das forças militarizadas da Guarda Nacional Republicana (GNR) e a Polícia de Segurança Pública (PSP), as respetivas famílias beneficiários dos subsistemas ADM (Assistência na Doença aos Militares), bem como civis em exercício nas diferentes unidades. Mas nos últimos tempos, o HMR1 tem vindo a abrir os seus serviços à sociedade civil, com a celebração de protocolos. Na tabela 4 observa-se o nº de utentes de acordo com o seu subsistema no ano de 2012.

Tabela 4: Número de utentes de acordo com o seu subsistema

Entidade	Total
ADM	9217
GNR	2126
PSP	1845
Particulares	250
Outros	89
TOTAL	13527

Fonte: Lopes, 2013

O HMR1 é visitado por vários utentes de norte a sul de Portugal Continental e do arquipélago dos Açores e da Madeira, mas os seus principais utentes são do Distrito de Porto, Aveiro, Braga, Vila Real, Viseu, Viana do Castelo, Bragança e Coimbra (Tabela 5).

Contudo, só tivemos conhecimento de trabalhos internos realizados ao HMR1, em que se analisa sucintamente dados estatísticos, tal limitação constituiu-me uma motivação para realizar o estudo em causa.

Tabela 5: Número de utentes por Distrito

DISTRITO	Nº Utentes
AVEIRO	1240
BEJA	2
BRAGA	1216
BRAGANÇA	306
CASTELO BRANCO	35
COIMBRA	175
ÉVORA	6
FARO	9
GUARDA	88
LEIRIA	66
LISBOA	114
PORTALEGRE	16
PORTO	8349
SANTARÉM	72
SETÚBAL	49
VIANA DO CASTELO	387
VILA REAL	666
VISEU	674
AÇORES	16
MADEIRA	33
PALOP/OUTROS	8
TOTAL	13527

Fonte: Adaptado de Lopes, 2013

Capítulo 6- Análise dos Dados e Resultados

No presente capítulo mostra-se a parte empírica do estudo realizado. Para tal subdivide-se o capítulo em três etapas, começando por caracterizar a amostra utilizada no estudo, seguido da apresentação da metodologia utilizada, terminando com a apresentação dos resultados obtidos.

6.1- Amostra

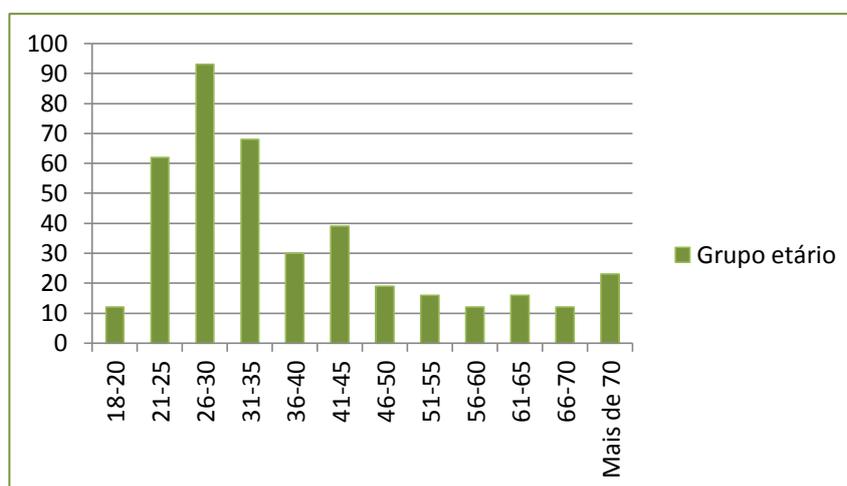
Foram objeto de estudo os utentes do Hospital Militar, onde consegui uma amostra de 402 questionários. Esta amostra foi obtida através de questionários *on-line* e através da aplicação direta no hospital.

Inicialmente foi disponibilizado um questionário *on-line*, onde utilizei as redes sociais para pedir a colaboração aos utentes, depois fiz a publicação do questionário em fóruns militares e da defesa pública. Desta iniciativa obtive um resultado final de 202 questionários.

Para complementar este estudo, após longos meses de espera por uma resposta da comissão de ética do Hospital, obtive um parecer positivo para a aplicação dos questionários aos utentes, onde consegui um total de 200.

Neste estudo, o grupo etário predominante foi dos 26 aos 30 anos, como se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 2: Grupos etários dos utentes inquiridos

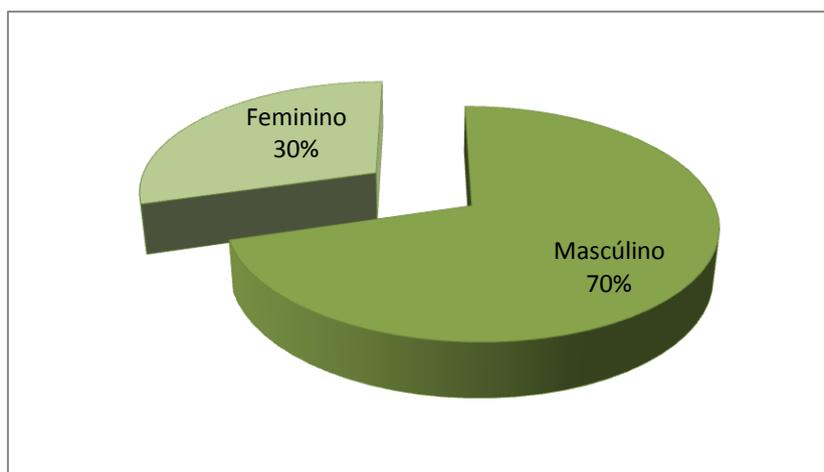


Fonte: Elaboração própria

Para Lopes 2013 o grupo etário dos 20-29 anos é onde se encontrava o maior número de doentes que recorrem ao hospital, como tal procurei uma amostra que refletisse tal realidade, pelo que a maioria dos questionários foram *on-line* de forma a conseguir esta amostragem.

De seguida, no gráfico 3 temos o género dos inquiridos, em que 70% foram homens o que é normal, visto o número de utentes serem maioritariamente este género.

Gráfico 3: Género dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

O questionário foi disponibilizado em Janeiro de 2013.

6.2- Metodologia

Para analisar a consistência e a validade do modelo, recorreu-se ao *software* estatístico SPSS 21.

Antes de iniciar as relações sugeridas no modelo conceptual começou-se por fazer uma análise estatística descritiva, determinando a média, desvio padrão, *skewness*, *kurtosis* e o *alpha de cronbach*, seguido de uma análise fatorial e de uma análise correlacional.

Curran *et al.*, (1996) referem que as estatísticas *Skewness* deverão assumir valores inferiores a 2 e os valores da *Kurtosis* inferiores a 7.

Numa fase inicial, com o objetivo de analisar a fiabilidade das escalas, tomou-se por referência os valores do *alpha de Cronbach*, que Pestana e Gageiro (2005) defendem ser uma das medidas mais utilizadas para verificar a consistência interna de um determinado

grupo de variáveis (itens), podendo ser entendido como a correlação esperada entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens para medir a mesma característica, variando entre 0 e 1, como poderemos verificar na tabela 6.

Tabela 6: Valores de referência do *alpha de cronbach*

Consistência da Escala	Valores de <i>Alpha</i>
Muito Boa	> 0,9
Boa	0,8 – 0,9
Razoável	0,7 – 0,8
Fraca	0,6 – 0,7
Inaceitável	<0,6

Fonte: Pestana e Gageiro (2005)

Numa segunda fase, iniciou-se a análise fatorial exploratória com análise do teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para estimar a adequação da amostra ao conjunto das variáveis.

Esta estatística assume valores entre zero e um, conforme a tabela 7, verificando as correlações entre as variáveis, permitindo refinar a qualidade das referidas correlações, validando ou não com a continuação do estudo com a análise fatorial.

Na análise fatorial realizada, foram retirados alguns itens com o objetivo de aumentar o valor do *alpha de Cronbach*, para assim aumentar a consistência dos resultados obtidos.

Tabela 7: Valores de referência do KMO

Análise Fatorial	Valores de KMO
Muito Boa	0,9 – 1
Boa	0,8 – 0,9
Média	0,7 – 0,8
Razoável	0,6 – 0,7
Fraca	0,5 – 0,6
Inaceitável	<0,5

Fonte: Pestana e Gageiro (2005)

Também foram considerados os valores da comunalidades, que é a quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na

análise (Hair *et al.*, 2006). No presente trabalho foram considerados os valores superiores a 0,50.

Pela realização da rotação ortogonal dos fatores, pelo método do Varimax, realizaram-se as análises fatoriais exploratórias, aceitando valores de KMO superiores a 0,60, pois estes indicam a adequação da dimensão da amostra de razoável a muito boa, para os itens em análise.

Por outro lado foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson que indica a natureza da relação entre os valores de duas variáveis contínuas, sendo que os valores vêm de um só grupo de casos, mas fornecem duas amostras. O valor do coeficiente deve estar dentro do intervalo [-1 e 1].

Para terminar foi também utilizado o modelo de regressão linear simples para determinar se as variáveis independentes explicam uma variação significativa na variável dependente e determinar a intensidade da relação.

6.3- Resultados

6.3.1- Fiabilidade e consistência das escalas

Como se poderá constatar nos resultados expostos nas tabelas seguintes, obteve-se valores superiores a 7 para o *Kurtosis* e superior a 2 para o *Skewness* o que foi necessário a extração de determinados itens.

De acordo com a tabela 8, para o constructo da Qualidade do Serviço os desvios-padrão variam entre 1,043 e 1,741, confirmando as qualidades métricas da escala utilizada (escala de *Likert* de 7 valores), permitindo assim uma diferenciação dos resultados.

A normalidade dos itens foi avaliada pelos valores de *Skewness* e *Kurtosis*, os quais apresentavam valores entre -0,974 e -0,158 e entre -0,825 e 1,360 respetivamente.

Para a totalidade dos 19 itens da presente dimensão foi obtido o valor de 0,942 para o *alpha de Cronbach*, sendo o seu valor muito próximo de 1, podendo considerar como muito boa a consistência da escala.

Tabela 8: Fiabilidade e consistência da escala Qualidade do Serviço

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
Qualidade1 - As instalações são cómodas, de aparência agradável e estão bem sinalizadas.	5,27	1,176	-0,516	-0,256	0,942
Qualidade2 - O equipamento disponível no Hospital é moderno.	5,23	1,153	-0,349	-0,438	
Qualidade3 - Consigo aceder facilmente às informações sobre os cuidados prestados.	4,76	1,484	-0,468	-0,379	
Qualidade4 - Os médicos e os outros profissionais mostraram preocupação com a minha família.	5,40	1,242	-0,968	1,360	
Qualidade5 - Os profissionais ouviram sempre o que eu tinha para dizer.	5,51	1,159	-0,808	0,741	
Qualidade6 - Os profissionais de saúde compreenderam as minhas necessidades.	5,52	1,191	-0,974	0,876	
Qualidade7 - Os médicos e enfermeiras eram profissionais bem treinados.	5,54	1,043	-0,611	0,510	
Qualidade8 - Os profissionais eram altamente experientes.	5,48	1,055	-0,786	0,990	
Qualidade9 - Os profissionais eram bem informados e qualificados.	5,58	1,047	-0,899	1,340	
Qualidade10 - Foi fácil marcar uma consulta.	4,29	1,741	-0,160	-0,825	
Qualidade11 - O funcionário foi acessível ao telefone.	4,49	1,601	-0,158	-0,804	
Qualidade12 - O funcionário foi capaz de marcar a consulta num momento conveniente.	4,77	1,601	-0,519	-0,360	
Qualidade13 - Acredito que os resultados do meu tratamento foram o melhor que podiam ser.	5,44	1,176	-0,925	1,119	
Qualidade14 - A qualidade dos cuidados que recebi foi excelente.	5,48	1,074	-0,702	1,123	
Qualidade15 - O atendimento prestado pelo Hospital foi de grande nível.	5,47	1,069	-0,568	0,451	
Qualidade16 - Fiquei impressionado com o atendimento prestado no Hospital.	5,47	1,114	-0,836	0,635	
Qualidade17 - A assistência médica que recebi foi coordenada.	5,34	1,163	-0,614	0,115	
Qualidade18 - A transição de informação pelos diferentes serviços foi coordenada.	5,40	1,094	-0,541	0,153	
Qualidade19F - A assistência médica foi contínua.	5,37	1,123	-0,619	0,464	
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

De seguida, passo para a dimensão do Valor Percebido (tabela 9) onde os desvios-padrão variam entre 0,987 e 1,638, confirmando as qualidades métricas da escala utilizada uma vez que não se encontram próximos de zero.

Tabela 9: Fiabilidade e consistência da escala do Valor Percebido

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
VP4 - Os corredores estão sempre limpos.	5,30	1,167	-0,431	-0,239	0,948
VP5 - As casas de banho estão sempre limpas.	5,05	1,201	-0,392	-0,115	
VP6 - Os gabinetes e enfermarias estão sempre limpos.	5,48	1,075	-0,352	-0,645	
VP7 - A ventilação está sempre adequada.	5,06	1,233	-0,486	-0,121	
VP1 - Confio no diagnóstico dos médicos deste Hospital.	5,53	1,167	-0,916	1,187	
VP2 - Confio na eficiência dos auxiliares e socorristas deste Hospital.	5,61	,987	-0,321	-0,345	
VP8 - Este Hospital alivia o meu estado de espirito depressivo.	5,06	1,262	-0,751	0,442	
VP9 - Este Hospital é capaz de afastar os meus pensamentos negativos.	5,08	1,321	-0,862	0,612	
VP10 - Este Hospital é capaz de eliminar a minha dor.	5,17	1,220	-0,828	1,036	
VP11 - Os profissionais de saúde são responsáveis.	5,45	1,047	-0,372	-0,249	
VP12 - Sinto-me satisfeito no pós-tratamento com os médicos.	5,43	1,102	-0,779	0,941	
VP13 - A assistência médica é eficaz neste Hospital.	5,46	1,085	-0,633	0,327	
VP14 - Confio nos serviços deste Hospital.	5,36	1,176	-0,729	0,411	
VP15 - Sinto-me psicologicamente satisfeito com este Hospital.	5,38	1,195	-0,978	1,208	
VP16 - Vale a pena o dinheiro gasto neste Hospital.	4,71	1,587	-0,407	-0,531	
VP17 - Pago um preço razoável nos serviços deste Hospital.	4,66	1,638	-0,479	-0,362	
VP18F - Os serviços são de qualidade.	5,31	1,215	-0,669	0,383	
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

A normalidade dos itens foi avaliada pelos valores de *Skewness* e *Kurtosis*, que assumiram os valores entre -0,978 e -0,352 e entre -0,645 e 1,208 respetivamente.

Para a totalidade dos 17 itens da presente dimensão, o valor de *alpha de Cronbach* foi de 0,948. Mais uma vez, dado que este valor se aproxima de 1 pode-se considerar muito boa a consistência à escala.

Para a dimensão da Equidade (tabela 10) os desvios-padrão variam entre 1,103 e 1,741 confirmando as qualidades métricas da escala utilizada uma vez que não se encontram próximos de zero.

A normalidade dos itens foi avaliada pelos valores de *Skewness e Kurtosis*, que assumiram os valores entre -0,9111 e -0,267 e entre -0,779 e 1,526 respetivamente.

Para a totalidade dos 5 itens da presente dimensão, o valor de *alpha de Cronbach* foi de 0,861, deste modo pode-se considerar uma boa consistência à escala.

Tabela 10: Fiabilidade e consistência da escala Equidade

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
Equidade1 - Os médicos mostraram consideração por mim.	5,42	1,149	-0,911	1,526	0,861
Equidade2 - Os médicos deram-me o que eu necessitava.	5,52	1,103	-0,724	0,624	
Equidade3 - As normas e regras são claras e estão bem divulgadas.	4,52	1,665	-0,267	-0,889	
Equidade4 - O Hospital tem em conta as opiniões dos doentes nas decisões que tomam.	5,20	1,304	-0,630	0,139	
Equidade5F - O Hospital atua de forma justa.	4,45	1,741	-0,361	-0,779	
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

Para a dimensão da imagem os desvios-padrão variam entre 1,104 e 1,439 conforme a tabela 11.

Verifica-se a normalidade dos 3 itens, de acordo com valores de *Skewness*, variam entre -0,597 e -0,488 e *Kurtosis* a variar entre -0,370 e 0,149.

Para os 3 itens desta dimensão o valor do *alpha de Cronbach* de 0,777, garantindo uma razoável consistência interna (Pestana e Gageiro, 2005).

Tabela 11: Fiabilidade e consistência da escala Imagem

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
Imagem1 - A minha impressão geral sobre este Hospital foi boa.	5,36	1,168	-0,597	0,149	0,777
Imagem2 - O Hospital tem uma boa reputação.	4,91	1,439	-0,488	-0,370	
Imagem3F - O Hospital está adaptado às necessidades dos utentes.	5,29	1,104	-0,528	-0,036	
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

Para a dimensão do Envolvimento (tabela 12) só existe uma questão, sendo o desvio-padrão das 1,152 confirmando as qualidades métricas da escala utilizada uma vez que não se encontram próximos de zero.

A normalidade dos itens foi avaliada pelos valores de *Skewness* e *Kurtosis*, que assumiram o valor de 0,122 e de 0,243 respetivamente.

Tabela 12: Fiabilidade e consistência da escala do Envolvimento

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
Envolvimento1F - Os serviços prestados são muito importantes para mim.	5,36	1,152	0,122	0,243	-
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

Para este construto não foi determinado o *alpha de Cronbach* pois estamos perante um construto que só tem um item, não sendo possível desta forma a sua determinação.

No que respeita à Satisfação dos Utentes (tabela 13), os desvios-padrão variam entre 1,072 e 1,203, confirmando as qualidades métricas da escala utilizada.

Os valores de *Skewness* e *Kurtosis* apresentam uma variação entre -0,893 e -0,488 e 0,050 e 1,485, respetivamente.

Para o conjunto dos 6 itens da dimensão, o *alpha de Cronbach* é considerado de razoável, assumindo um valor de 0,920.

Tabela 13: Fiabilidade e consistência da escala Satisfação dos Utentes

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	Alpha de Cronbach
SatisfaçãoU1 - Os serviços deste Hospital interessam-me.	5,21	1,171	-0,488	0,050	0,920
SatisfaçãoU2 - Sinto-me contente pelos serviços deste Hospital.	5,44	1,072	-0,606	0,431	
SatisfaçãoU3- Sinto admiração pelos serviços deste Hospital.	5,22	1,203	-0,893	1,485	
SatisfaçãoU4 - A minha escolha de vir a este Hospital foi muito sábia.	5,24	1,166	-0,726	0,955	
SatisfaçãoU5 - Eu acho que fiz a coisa certa quando vim a este Hospital.	5,33	1,126	-0,549	0,232	
SatisfaçãoU6F - Eu acho que existe facilidade neste Hospital.	5,26	1,139	-0,535	0,245	
Validados (N)	402				

Fonte: Elaboração Própria

6.3.2- Análise Fatorial

6.3.2.1- Qualidade do Serviço

De acordo com os resultados apresentados no artigo de Qin e Prybutok (2012), vamos ter em conta uma análise unidimensional das seguintes dimensões da qualidade: tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e a eficiência.

A tabela 14 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável tangibilidade, da qual foi extraído um fator que explica 63,187% da variância total do modelo.

Fator 1 – Tangibilidade

De acordo com a tabela 14, considerou-se como fator 1, a tangibilidade. Este fator apresenta saturação entre os 0,650 e os 0,869, integrando três itens.

O valor das comunalidades para os três itens filtrados, assumem valores entre 0,505 e 0,756 e o valor de KMO obtido foi de 0,606. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar como razoável a adequação da amostra.

Este fator, mostra como é importante para os utentes a aparência de qualquer evidência física do serviço hospitalar, ou seja, a aparência limpa, a forma dos funcionários se vestirem, a limpeza das instalações, a atualização e inovação de novos equipamentos e a facilidade de acesso às instalações.

Tabela 14: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Tangibilidade

ITEM	Fatores
	Fator 1
	Tangibilidade
Qualidade1 - As instalações são cómodas, de aparência agradável e estão bem sinalizadas.	0,847
Qualidade2 - O equipamento disponível no Hospital é moderno.	0,869
Qualidade3 - Consigo aceder facilmente às informações sobre os cuidados prestados.	0,650
Valor Próprio	1,896
Variância	63,187
Variância Acumulada	63,187
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,680

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 15 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável interação, da qual foi extraído um fator que explica 78,768% da variância total do modelo.

Fator 2 – Interação

O segundo fator está relacionado com a interação e apresenta saturação entre os 0,846 e os 0,909 integrando três itens.

O valor das comunalidades para os três itens filtrados, assumem valores entre 0,717 e 0,826 e o valor de KMO obtido foi de 0,717. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar como média a conformidade da amostra.

Quanto à interação é uma dimensão particularmente importante da qualidade do serviço hospitalar pois, o bem-estar e segurança que o utente deposita nos profissionais de saúde só

são possíveis se ambos interagirem, de modo a existir uma ligação positiva entre ambos e levar a uma maior satisfação do utente.

Tabela 15: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Interação

ITEM	Fatores
	Fator 2
	Interação
Qualidade4 - Os médicos e os outros profissionais mostraram preocupação com a minha família.	0,846
Qualidade5 - Os profissionais ouviram sempre o que eu tinha para dizer.	0,909
Qualidade6 - Os profissionais de saúde compreenderam as minhas necessidades.	0,906
Valor Próprio	2,363
Variância	78,768
Variância Acumulada	78,768
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,863

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 16 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável profissionalismo, da qual foi extraído um fator que explica 85,993% da variância total do modelo.

Fator 3 – Profissionalismo

Ainda de acordo com a tabela 16, considerou-se como fator 3, o profissionalismo. Este fator apresenta saturação entre os 0,916 e os 0,941, integrando três itens.

O valor das comunalidades para os três itens filtrados, assumem valores entre 0,838 e 0,885 e o valor de KMO obtido foi de 0,753. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar como média a correspondência da amostra.

Este fator mostra a importância de prestar um serviço de forma confiável, precisa e consistente. No serviço hospitalar, o profissionalismo traduz-se no conhecimento técnico, na habilidade para executar um serviço que será prestado e na capacidade para realizar o serviço

prometido de forma segura e correta, contribuindo assim para uma maior satisfação dos utentes.

Tabela 16: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Profissionalismo

ITEM	Fatores
	Fator 3
	Profissionalismo
Qualidade7 - Os médicos e enfermeiras eram profissionais bem treinados.	0,916
Qualidade8 - Os profissionais eram altamente experientes.	0,925
Qualidade9 - Os profissionais eram bem informados e qualificados.	0,941
Valor Próprio	2,580
Variância	85,993
Variância Acumulada	85,993
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,918

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 17 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável acessibilidade, da qual foi extraído um fator que explica 81,272% da variância total do modelo.

Fator 4 - Acessibilidade

O quarto fator está relacionado com a acessibilidade e apresenta saturação entre os 0,857 e os 0,924 completando três itens.

O valor das comunalidades para os três itens filtrados, assumem valores entre 0,857 e 0,924 e o valor de KMO obtido foi de 0,718. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar-se como média a conformidade da amostra.

Neste fator mostra a importância da agilidade no atendimento, eficiência em resolver os problemas, atenção personalizada e cortesia dos profissionais de saúde, na satisfação dos utentes.

Tabela 17: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Acessibilidade

ITEM	Fatores
	Fator 4
	Acessibilidade
Qualidade10 - Foi fácil marcar uma consulta.	0,922
Qualidade11 - O funcionário foi acessível ao telefone.	0,924
Qualidade12 - O funcionário foi capaz de marcar a consulta num momento conveniente.	0,857
Valor Próprio	2,438
Variância	81,272
Variância Acumulada	81,272
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,884

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 18 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável Qualidade técnica, da qual foi extraído um fator que explica 78,840% da variância total do modelo.

Fator 5 – Qualidade técnica

De acordo com a tabela 18, considerou-se como fator 5, a qualidade técnica. Este fator apresenta saturação entre os 0,827 e os 0,924, integrando quatro itens.

O valor das comunalidades para os quatro itens filtrados, assumem valores entre 0,684 e 0,854 e o valor de KMO obtido foi de 0,834. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar-se como boa a adequação da amostra.

Tabela 18: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço – Qualidade técnica

ITEM	Fatores
	Fator 5
	Qualidade técnica
Qualidade13 - Acredito que os resultados do meu tratamento foram o melhor que podiam ser.	0,827
Qualidade14 - A qualidade dos cuidados que recebi foi excelente.	0,910
Qualidade15 - O atendimento prestado pelo Hospital foi de grande nível.	0,924
Qualidade16 - Fiquei impressionado com o atendimento prestado no Hospital.	0,884
Valor Próprio	3,154
Variância	78,840
Variância Acumulada	78,840
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,908

Fonte: Elaboração Própria

A tabela 19 apresenta a matriz de saturação com rotação VARIMAX, resultado da análise fatorial realizada à variável eficiência, da qual foi extraído um fator que explica 83,10% da variância total do modelo.

Fator 6 - Eficiência

O sexto fator está relacionado com os resultados da eficiência e apresenta saturação entre os 0,890 e os 0,925 integrando três itens.

O valor das comunalidades para os três itens filtrados, assumem valores entre 0,793 e 0,856 e o valor de KMO obtido foi de 0,743. Assim de acordo com os critérios definidos podemos considerar-se como média a adequação da amostra.

Tabela 19: Análise Fatorial Exploratória Qualidade do Serviço - Eficiência

ITEM	Fatores
	Fator 6
	Eficiência
Qualidade17 - A assistência médica que recebi foi coordenada.	0,919
Qualidade18 - A transição de informação pelos diferentes serviços foi coordenada.	0,890
Qualidade19F - A assistência médica foi contínua.	0,925
Valor Próprio	2,493
Variância	83,100
Variância Acumulada	83,100
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,898

Fonte: Elaboração Própria

6.3.2.2- Valor Percebido

Inicialmente consideraram-se na análise fatorial exploratória para o valor percebido as vinte e uma medidas utilizadas na escala cujo valor de *Skeweness* e *Kurtosis* assumiram valores muito altos para o item **VP3**, de 16,364 e 307,229 respetivamente, o que foi necessário eliminar o item: **VP3** - Confio na eficiência dos enfermeiros deste Hospital.

A tabela 20 apresenta quatro fatores extraídos da variável valor percebido na que explicam 73,612% da variância total do modelo de medida que inclui agora dezassete itens.

O valor das comunalidades para os 17 itens filtrados, assumem valores entre 0,569 e 0,890 e o valor de KMO obtido foi de 0,924. Assim, de acordo com os critérios considerados, podemos considerar como muito boa a adequação da amostra para o grupo de variáveis da dimensão valor percebido.

Tabela 20: Análise Fatorial Exploratória do Valor Percebido

ITEM	Fatores			
	Fator 7	Fator 8	Fator 9	Fator 10
	Valor de transação e eficiência	Valor estético	Valor da auto-gratificação	Valor de aquisição
VP4 - Os corredores estão sempre limpos.		0,819		
VP5 - As casas de banho estão sempre limpas.		0,763		
VP6 - Os gabinetes e enfermarias estão sempre limpos.		0,781		
VP7 - A ventilação está sempre adequada.		0,553		
VP1 - Confio no diagnóstico dos médicos deste Hospital.	0,617			
VP2 - Confio na eficiência dos auxiliares e socorristas deste Hospital.	0,614			
VP8 - Este Hospital alivia o meu estado de espírito depressivo.			0,829	
VP9 - Este Hospital é capaz de afastar os meus pensamentos negativos.			0,864	
VP10 - Este Hospital é capaz de eliminar a minha dor.			0,764	
VP11 - Os profissionais de saúde são responsáveis.	0,738			
VP12 - Sinto-me satisfeito no pós-tratamento com os médicos.	0,662			
VP13 - A assistência médica é eficaz neste Hospital.	0,660			
VP14 - Confio nos serviços deste Hospital.	0,688			
VP15 - Sinto-me psicologicamente satisfeito com este Hospital.	0,687			
VP16 - Vale a pena o dinheiro gasto neste Hospital.				0,868
VP17 - Pago um preço razoável nos serviços deste Hospital.				0,875
VP18F - Os serviços são de qualidade.				0,556
Valor Próprio	10,520	1,620	1,405	1,178
Variância	27,897	17,260	14,456	13,997
Variância Acumulada	27,897	45,158	59,614	73,612
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,937	0,833	0,908	0,858

Fonte: Elaboração Própria

Fator 7 – Valor de transação e eficiência

De acordo com a tabela 20, considerou-se como fator 7, o valor de transação e eficiência. Este fator apresenta saturação entre os 0,614 e os 0,738, integrando sete itens.

O presente fator agrupa sete itens da variável proposta, os quais referem ao valor de transação e ao valor de eficiência que foram descritos por Chahal e Kumari, 2011.

Fator 8 – Valor estético

O oitavo fator está relacionado com os resultados do valor estético e apresenta saturação entre os 0,553 e os 0,819 integrando quatro itens.

Este fator, é um apelo visual motivado pelo design atrativo, físico e a beleza inerente ao ambiente hospitalar. É importante para a satisfação dos utentes pois tem um contributo do ambiente interno, das enfermarias, dos corredores, dos gabinetes médicos, das casas de banho, das salas de espera arrumadas e limpas, da higiene das roupas e da ventilação adequada à temperatura diária entre outros.

Fator 9 - Valor da auto-gratificação

O nono fator diz respeito ao valor da auto-gratificação, apresentando uma saturação entre 0,764 e 0,824 integrando quatro itens.

O fator, o valor da auto-gratificação refere-se às melhorias no bem-estar pessoal, consistindo na diminuição do stress e de sentimentos negativos, e na eliminação da solidão (Chahal e Kumari, 2011; Arnold e Reynolds, 2003). Esta dimensão sugere que as pessoas são motivadas a agir de forma a diminuir a tensão, mantendo assim o equilíbrio interno e por sua vez ficarem mais satisfeitas com os serviços hospitalares.

Fator 10 – Valor de aquisição

Considerou-se como fator 10 o valor de aquisição Este fator apresenta saturação entre os 0,556 e os 0,875, integrando três itens.

Este fator refere-se aos ganhos líquidos quando os produtos/serviços são adquiridos, existindo por norma um equilíbrio entre os benefícios e os sacrifícios (Chahal e Kumari,

2011; Mathwick *et al.*, 2002). Este fator mostra se o utente considera que pagou o preço justo pelo serviço hospitalar utilizado.

6.3.2.3- Equidade

Neste constructo consideraram-se na análise fatorial exploratória para a dimensão em estudo cinco medidas, o que devido ao seu valor bom de *alpha de Cronbach* (0,861), não foi necessário eliminar nenhum item

A tabela 21 apresenta o resultado da análise fatorial realizada à variável equidade, da qual foi extraído um fator que explica 66,556% da variância total do modelo de medida composta por cinco itens.

O valor das comunalidades para os 5 itens filtrados, assumem valores entre 0,596 e 0,729 e o valor de KMO obtido foi de 0,773. Assim, de acordo com os critérios considerados podemos considerar-se como média a adequação da amostra para o grupo de variáveis da dimensão Equidade.

Tabela 21: Análise Fatorial Exploratória da Equidade

ITEM	Fatores
	Fator 11
	Equidade
Equidade1 - Os médicos mostraram consideração por mim.	0,815
Equidade2 - Os médicos deram-me o que eu necessitava.	0,854
Equidade3 - As normas e regras são claras e estão bem divulgadas.	0,772
Equidade4 - O Hospital tem em conta as opiniões dos doentes nas decisões que tomam.	0,836
Equidade5F - O Hospital atua de forma justa.	0,800
Valor Próprio	3,328
Variância	66,556
Variância Acumulada	66,556
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,861

Fonte: Elaboração Própria

Fator 11 – Equidade

De acordo com a tabela 21, considerou-se como fator 11 o relacionamento com outros utilizadores. O fator apresenta saturação entre os 0,772 e os 0,854, integrando cinco itens com maior correlação.

6.3.2.4- Imagem

Para a análise fatorial exploratória da Imagem as três medidas utilizadas na escala cuja estatística de consistência interna assumia um valor de 0,777 (razoável) que nos levou a não extrair nenhum item.

Na tabela 22 é apresentada a matriz de saturação, resultado da análise fatorial realizada à variável imagem, da qual foi extraído um fator que explica 70,195% da variância total do modelo de medida que inclui três itens.

O valor das comunalidades para os 3 itens filtrados, assumem valores entre 0,658 e 0,769, sendo obtido o valor de KMO de 0,685, sendo assim de considerar como razoável a adequação da amostra para o grupo de variáveis da dimensão cooperação e governança.

Tabela 22: Análise Fatorial Exploratória da Imagem

ITEM	Fatores
	Fator 12
	Imagem
Imagem1 - A minha impressão geral sobre este Hospital foi boa.	0,877
Imagem2 - O Hospital tem uma boa reputação.	0,811
Imagem3F - O Hospital está adaptado às necessidades dos utentes.	0,824
Valor Próprio	2,106
Variância	70,195
Variância Acumulada	70,195
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,777

Fonte: Elaboração Própria

Fator 12 – Imagem

De acordo com a tabela 22, considerou-se como fator 12 a Imagem do Hospital. Este fator apresenta saturação entre os 0,811 e os 0,877.

O fator 12, denominado de imagem e segundo Qin e Prybutok (2012), é definido como uma atitude ou crença a respeito do reconhecimento que o utente tem em relação a um serviço de saúde. Como é possível constatar a imagem é importante para a satisfação dos utentes.

6.3.2.5- Satisfação dos Utentes

A tabela 23 compila o resultado da análise fatorial realizada à variável satisfação dos utentes, da qual foi extraído um fator que explicam 72,050% da variância total do modelo de medida que inclui seis itens.

Tabela 23: Análise Fatorial Exploratória da Satisfação dos Utentes

ITEM	Fatores
	Fator 14
	Satisfação dos Utentes
SatisfaçãoU1 - Os serviços deste Hospital interessam-me.	0,762
SatisfaçãoU2 - Sinto-me contente pelos serviços deste Hospital.	0,883
SatisfaçãoU3- Sinto admiração pelos serviços deste Hospital.	0,793
SatisfaçãoU4 - A minha escolha de vir a este Hospital foi muito sábia.	0,883
SatisfaçãoU5 - Eu acho que fiz a coisa certa quando vim a este Hospital.	0,898
SatisfaçãoU6F - Eu acho que existe facilidade neste Hospital.	0,866
Valor Próprio	4,323
Variância	72,050
Variância Acumulada	72,050
Coefficiente Alpha (a) de Cronbach	0,920

Fonte: Elaboração Própria

O valor das comunalidades para os 6 itens filtrados assumem valores entre 0,580 e 0,806, sendo obtido o valor de KMO de 0,901, sendo assim considerada como muito boa a adequação da amostra para o grupo de variáveis da dimensão satisfação dos utentes.

Fator 14 – Satisfação dos Utentes

De acordo com a tabela 23, considerou-se como fator 14 a satisfação dos utentes. Este fator apresenta saturação entre os 0,762 e 0,898, integrando seis itens com maior correlação.

6.3.3- Análise Correlacional

Presentemente mostram-se os resultados da análise correlacional realizada. Esta análise pretende averiguar a existência de multicolineariedade entre os fatores, resultados da análise fatorial.

Caso seja verificada uma correlação elevada, permite concluir que os coeficientes não serão estimados com grande precisão, pelo que antes de testar as hipóteses, será realizado o diagnóstico de multicolinearidade, recorrendo à matriz de correlações apresentada na tabela 24.

A matriz de correlação, apresenta coeficientes de *Pearson* entre as variáveis, com valores a variar entre -1 e 1.

Assim, se verifica fortes colineariedades entre os fatores/variáveis extraídas da análise fatorial, pelos fatores de correlação, o que parece evidencia que a questão da dimensão da amostra parece ser relevante sendo para o efeito se ressalve as relações entre os fatores:

- Tangibilidade e a Interação;
- Tangibilidade e a Qualidade técnica;
- Tangibilidade e a Equidade;
- Tangibilidade e o Envolvimento;
- Interação e a Qualidade técnica;
- Interação e o Valor de transação e eficiência;
- Interação e a Imagem;
- Profissionalismo e a Eficiência;
- Profissionalismo e a Equidade;

- Acessibilidade e a Equidade;
- Qualidade Técnica e o Valor de transação e eficiência;
- Qualidade Técnica e a Equidade;
- Eficiência e o Valor de transação e eficiência;
- Eficiência e o Envolvimento;
- Eficiência e a Satisfação dos Utentes.

Tabela 24: Resultados da análise correlacional

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1													
2	0,582**	1												
3	0,321**	0,315**	1											
4	0,360**	0,290**	0,352**	1										
5	0,601**	0,755**	0,325**	0,420**	1									
6	0,212**	0,310**	0,751**	0,456**	0,233**	1								
7	0,264**	0,582**	0,286**	0,313**	0,658**	0,621**	1							
8	0,302**	0,417**	0,469**	0,288**	0,412**	0,433**	0,000	1						
9	0,351**	0,306**	0,220**	-0,028	0,324**	0,225**	0,000	0,000	1					
10	0,212**	0,126*	0,184**	0,414**	0,256**	0,319**	0,000	0,000	0,000	1				
11	0,526**	0,348**	0,699**	0,607**	0,733**	0,433**	0,436**	0,341**	0,177**	0,473**	1			
12	0,225**	0,660**	0,261**	0,498**	0,230**	0,249**	0,677**	0,351**	0,256**	0,273**	0,436**	1		
13	0,312**	0,213**	0,335**	0,442**	0,324**	0,654**	0,431**	0,382**	0,217**	0,336**	0,655**	0,435**	1	
14	0,123**	0,349**	0,326**	0,446**	0,347**	0,795**	0,632**	0,374**	0,381**	0,352**	0,350**	0,324**	0,271**	1
1 – Tangibilidade; 2 – Interação; 3 – Profissionalismo; 4 – Acessibilidade; 5 – Qualidade técnica;					6 – Eficiência; 7 – Valor de transação e eficiência; 8 – Valor estético; 9 – Valor da auto-gratificação; 10 – Valor de aquisição;					11 – Equidade; 12 – Imagem; 13 – Envolvimento; 14 – Satisfação dos utentes.				

Fonte: Elaboração Própria

6.3.4- Teste das Hipóteses – Modelo de Efeitos Parcelares

Para testar as hipóteses delineadas no modelo conceptual e identificar relações entre variáveis independentes e variáveis dependentes será realizada uma análise com regressões, entre os fatores resultados da análise fatorial.

Para identificar as variáveis do modelo, a incluir na análise da regressão linear utiliza-se o método assumido pelo *software SPSS 21.0*.

Os valores de β determina a intensidade da relação, quanto mais próximos de 1, mais forte será a relação identificada e quanto mais próximo de 0, mais fraca será a relação.

A estatística F permite ajuizar se conjuntamente os fatores incluídos na regressão (variáveis independentes) contribuem com x % para a variável dependente

O P value deverá assumir valores inferiores a 1%, 5% ou 10%.

Segue-se a apresentação da análise e discussão dos resultados mais notórios para o estudo empírico em questão.

6.3.4.1- A qualidade do Serviço e a Satisfação dos Utentes

A tabela 25 apresenta os resultados da análise da regressão linear para o efeito que a qualidade do serviço fará sentir na satisfação dos utentes.

Estimaram-se as relações cuja variável dependente era a satisfação dos utentes e as independentes a tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e a eficiência, cujos resultados revelam significância estatística para todas as variáveis à exceção da interação.

Os resultados mostram que a tangibilidade, o profissionalismo, a acessibilidade, a qualidade técnica e a eficiência estão positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação dos utentes, cujos respetivos β são 0,128; 0,200; 0,082; 0,309 e 0,267 e P value são inferiores 0,01.

A tangibilidade, o profissionalismo, a acessibilidade, a qualidade técnica e a eficiência evidenciam relativamente um impacto significativo sobre a satisfação dos utentes, explicando 73,7 % da variância.

Tabela 25: Associação linear entre a Qualidade do Serviço e a Satisfação dos Utentes

Variáveis	Satisfação dos utentes	
	14 – Satisfação dos utentes	
	β	<i>P value</i>
Qualidade do Serviço		
1 - Tangibilidade	0,128	0,000
2 - Interação	0,003	0,943
3 - Profissionalismo	0,200	0,000
4 - Acessibilidade	0,082	0,006
5 – Qualidade técnica	0,309	0,000
6 - Eficiência	0,267	0,000
R^2	0,737	
R^2 Adjusted	0,733	
<i>Teste F</i>	182,379	
<i>P value</i>	0,000	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a análise da regressão verifica-se que a tangibilidade, o profissionalismo, a acessibilidade, a qualidade técnica e a eficiência influenciam a satisfação dos utentes do hospital.

Neste sentido, podemos verificar que a interação entre os profissionais de saúde e os utentes não se mostrou significativa para a satisfação dos utentes. Deste modo, mais à frente vai-se mostrar que este fator influencia a satisfação mas de uma forma indireta, ou seja, através do valor percebido.

Por outro lado, a importância da tangibilidade, do profissionalismo, da acessibilidade, da qualidade técnica e da eficiência mostrou-se significativa, todo de acordo com o esperado pois segundo Qin e Prybuton (2012) existe uma forte ligação entre estes fatores e a satisfação dos utentes.

As hipóteses do estudo **H1a,c,d,e,f são validadas** pela evidência empírica. Só a hipótese **H1b não é suportada**.

6.3.4.2- O Valor Percebido na Satisfação dos Utentes

A tabela 26 apresenta os resultados da análise da regressão linear para o impacto que os valores percebidos terão na satisfação dos utentes.

Podemos verificar que valor de transação e eficiência; o valor estético; o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição estão positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação dos utentes, cujos valores de β são respetivamente 0,640; 0,382; 0,383 e 0,357, por sua vez, o valor do *P value* é sempre zero (<0,01).

O valor de transação e eficiência; o valor estético; o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição evidenciam relativamente um impacto significativo sobre a satisfação dos utentes, explicando 81,6 % da variância.

Tabela 26: Associação linear entre o Valor Percebido e a Satisfação dos Utentes

Variáveis	Satisfação dos utentes	
	14 – Satisfação dos Utentes	
	β	<i>P value</i>
Valor percebido		
7 – Valor de transação e eficiência	0,640	0,000
8 – Valor estético	0,382	0,000
9 – Valor da auto-gratificação	0,383	0,000
10 – Valor de aquisição	0,357	0,000
R^2	0,816	
R^2 Adjusted	0,814	
<i>Teste F</i>	430,014	
<i>P value</i>	0,000	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a análise da regressão verifica-se que o valor de transação e eficiência, o valor estético; o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição influenciam a satisfação dos utentes.

Neste sentido verifica-se uma relação positiva entre o valor percebido e a satisfação dos utentes, mostrando deste modo a importância das mesmas. Segundo Chahal e Kumari, 2011 o consumidor escolhe sempre um hospital, de acordo com o que é mais eficiente em comparação com os outros. Esta escolha pode estar relacionada por diversos fatores, como por exemplo a qualidade da equipa e o equipamento do hospital, entre outros.

Assim, ainda no que respeita aos efeitos do valor percebido na satisfação dos utentes, podemos assistir a um efeito positivo do valor de transação e eficiência; do valor estético; do valor da auto-gratificação e do valor de aquisição sobre a satisfação dos utentes, o que já se estava a espera segundo a revisão bibliográfica de acordo com McDougall e Levesque (2000), Choi *et al.*, (2004), Chahal e Kumari, 2011 e Qin e Prybutok (2012).

Contudo pela evidência empírica, **valida-se a H2 a,b,c,d** onde todas as hipóteses foram validadas.

6.3.4.3- A Qualidade do Serviço no Valor Percebido

Na tabela 27 podem-se observar os resultados da análise da regressão linear para o efeito provocado pela qualidade dos serviços do hospital que despontarão no valor percebido.

Estimaram-se as relações cuja variável dependente era o valor de transação e eficiência e as independentes a tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e a eficiência, cujos resultados revelam alguma significância estatística à exceção da interação que a sua significância não é considerável.

Os resultados mostram que o profissionalismo, a acessibilidade, a qualidade técnica e a eficiência estão positiva e significativamente correlacionadas com o valor de transação e eficiência, cujos respetivos β são 0,510; 0,069; 0,205 e 0,204 e *P value* são inferiores 0,05. Estas variáveis independentes evidenciam relativamente um impacto indicativo sobre o valor de transação e eficiência, explicando 56,4 % da variância.

De seguida foram estimadas as relações cuja variável dependente era o valor estético e as independentes a tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e a eficiência, cujos resultados são estatisticamente significativas para explicar a variável dependente em estudo, à exceção da tangibilidade e da interação que a sua significância não é considerável.

Os resultados mostram que a tangibilidade, o profissionalismo, a acessibilidade e a eficiência estão positiva e significativamente correlacionadas com o valor estético, cujos respetivos β são 0,501; 0,251; 0,04 e 0,117 e *P value* são inferiores 0,1 Estas variáveis independentes evidenciam relativamente um impacto sobre o valor estético, explicando 38,9 % da variância.

Ainda na tabela 27 estimaram-se as relações cuja variável dependente era o valor da auto-gratificação e as independentes a tangibilidade, interação e a qualidade técnica cujos resultados revelam significância estatística para todas as variáveis.

Os resultados mostram que todos os fatores estão positiva e significativamente correlacionadas com o valor da auto-gratificação, cujos respetivos β são 0,323; 0,259 e 0,537 e P value são inferiores 0,05. Estas variáveis independentes evidenciam relativamente um impacto reduzido sobre o valor estético, explicando 23,7 % da variância.

Tabela 27: Associação linear entre a Qualidade do Serviço e o Valor Percebido

Variáveis	Valor Percebido							
	7 – Valor de transação, eficiência		8 – Valor estético		9 – Valor da auto-gratificação		10 – Valor de aquisição	
	β	P value	β	P value	β	P value	β	P value
Qualidade do Serviço								
1 - Tangibilidade	-0,336	0,000	0,501	0,000	0,323	0,000	0,037	0,537
2 - Interação	0,031	0,618	-0,028	0,700	0,259	0,002	-0,181	0,031
3 - Profissionalismo	0,510	0,000	0,251	0,004	-0,417	0,000	-0,043	0,661
4 - Acessibilidade	0,069	0,074	0,049	0,279	-0,214	0,000	0,329	0,000
5 – Qualidade técnica	0,205	0,009	-0,204	0,029	0,537	0,000	0,021	0,842
6 - Eficiência	0,204	0,003	0,117	0,142	-0,200	0,025	0,291	0,001
R^2	0,564		0,389		0,237		0,210	
R^2 Adjusted	0,557		0,379		0,225		0,198	
Teste F	83,538		41,140		20,036		17,192	
P value	0,000		0,000		0,000		0,000	

Fonte: Elaboração Própria

Para finalizar o estudo da tabela 27 foram estimadas as relações cuja variável dependente era o valor de aquisição e as independentes a tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e a eficiência, cujos resultados são estatisticamente significativos para explicar a interação, a acessibilidade e a eficiência.

Os resultados mostram que a interação, a acessibilidade e a eficiência estão positiva e significativamente correlacionadas com o valor de aquisição, cujos respetivos β são -0,181; 0,329 e 0,291 e P value são sempre inferiores 0,05. Estas variáveis independentes

evidenciam relativamente um impacto reduzido sobre o valor de aquisição, explicando 21,0 % da variância.

Como era de esperar, segundo a evidência empírica a qualidade exerce sobre o valor percebido uma significância considerável (McDougall e Levesque (2000), Choi *et al.*, (2004) e Qin e Prybutok (2012)).

Todas as relações não foram confirmadas, logo **H3 a,b,c,d,e,f são parcialmente validadas.**

6.3.4.4- O Envolvimento na Satisfação do Utente

A tabela 28 apresenta os resultados da análise da regressão linear para o impacto que o envolvimento terá na satisfação dos utentes.

Podemos verificar que o envolvimento estão positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação dos utentes, cujos valores de β é 0,643; por sua vez, o valor do *P value* é zero (<0,01).

Tabela 28: Associação linear entre o Envolvimento e a Satisfação dos Utentes

Variáveis	Satisfação dos utentes	
	14 - SAT1	
	β	<i>P value</i>
Envolvimento		
13 - Envolvimento	0,643	0,000
R^2	0,549	
R^2 Adjusted	0,548	
<i>Teste F</i>	480,280	
<i>P value</i>	0,000	

Fonte: Elaboração Própria

O envolvimento evidencia relativamente um impacto significativo sobre a satisfação dos utentes, explicando 54,9 % da variância.

Este efeito positivo do envolvimento sobre a satisfação dos utentes era considerada na revisão da literatura, pois segundo Zaichkowsky (1985), Shwu-Ing (2002), Kim (2005) e Vinagre e Neves (2008) defendem que o envolvimento é fundamental para a satisfação dos utentes.

Neste sentido consideremos que a **H4 é validada** pela evidência empírica.

6.3.4.5- A Imagem na Satisfação dos Utentes

A tabela 29 apresenta os resultados da análise da regressão linear para o impacto que a imagem do hospital terá sobre a satisfação dos utentes.

Podemos verificar que a imagem está positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação dos utentes, cujo valor de β é 0,847 por sua vez, o valor do *P value* é zero (<0,01).

A imagem evidencia relativamente um impacto significativo sobre a satisfação dos utentes, explicando 71,3 % da variância.

Tabela 29: Associação linear entre a Imagem e a Satisfação dos Utentes

Variáveis	Satisfação dos utentes	
	14 – Satisfação dos Utentes	
	β	<i>P value</i>
Imagem		
12 - Imagem	0,847	0,000
R^2	0,713	
R^2 Adjusted	0,712	
<i>Teste F</i>	981,301	
<i>P value</i>	0,000	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os resultados da análise da regressão linear simples verifica-se que o coeficiente associado à variável é incontornavelmente significativo o que permite afirmar que a imagem que os utentes têm do hospital militar influenciam positivamente a satisfação dos utentes.

Contudo, a imagem influência positivamente a satisfação dos utentes (Hite e Bellizi, 1985; Andreassen e Lindestad (1998); Stern e Common (2001); e Qin e Prybutok, 2012), onde uma imagem boa sobre uma empresa é relacionada a elevados indicadores da fidelização e satisfação dos utilizadores. Assim, **valida-se a H5** pela evidência empírica.

6.3.4.6- A Equidade na Satisfação dos Utentes

A tabela 30 apresenta os resultados da análise da regressão linear para o impacto que a equidade terá sobre a satisfação dos utentes.

Podemos verificar que a equidade está positiva e significativamente correlacionadas com a satisfação dos utentes, cujos valore de β é respetivamente 0,764, por sua vez, o valor do P value é zero (<0,01).

A equidade evidencia relativamente um impacto sobre a satisfação dos utentes, explicando 57,7 % da variância.

Tabela 30: Associação linear entre a Equidade e a Satisfação dos Utentes

Variáveis	Satisfação dos utentes	
	14 – Satisfação dos utentes	
	β	P value
Equidade		
11 - Equidade	0,764	0,000
R^2	0,577	
R^2 Adjusted	0,576	
Teste F	536,193	
P value	0,000	

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a análise da regressão verifica-se que a equidade influencia a satisfação dos utentes.

Este efeito positivo da equidade sobra a satisfação dos utentes era considerada na revisão da literatura, pois segundo Newsome e Wright (1999) e Vinagre e Neves (2008) defendem que a equidade é necessária para a satisfação dos utentes das instituições de saúde.

Pela evidência empírica, **valida-se a H6.**

6.4- Validade das hipóteses de estudo

Em seguida, na tabela 31 constam as hipóteses de estudo que foram ou não validadas pela regressão. Verifica-se que praticamente todas as relações foram validadas.

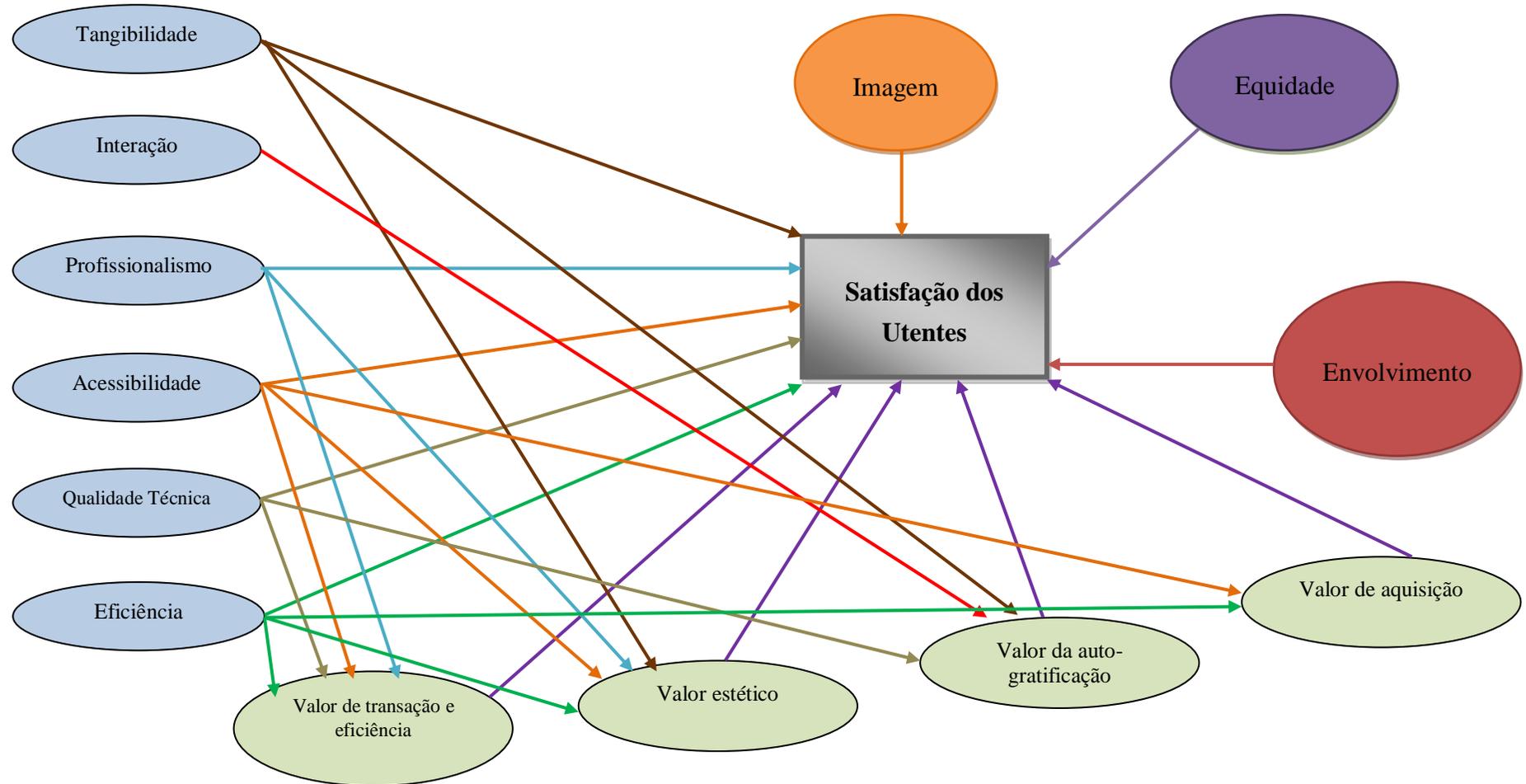
Após a validação das hipóteses, é importante perceber de entre os fatores identificados para a análise da regressão, quais interagem entre si. Por isso, propõe-se um modelo onde constam em detalhe as relações entre os fatores de cada dimensão. Na figura 14 verifica-se as relações entre os fatores providos da análise fatorial.

Tabela 31: Validade das hipóteses de estudo

Hipóteses de estudo		Resultados
H1: A qualidade do serviço tem um efeito positivo na satisfação dos utentes.	H1a	Validada
	H1b	Rejeitada
	H1c	Validada
	H1d	Validada
	H1e	Validada
	H1f	Validada
H2: O valor percebido do cliente tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.	H2a	Validada
	H2b	Validada
	H2c	Validada
	H2d	Validada
H3: A qualidade do serviço tem um efeito positivo sobre o valor percebido.	H3a	Parcialmente Validada
	H3b	Parcialmente Validada
	H3c	Parcialmente Validada
	H3d	Parcialmente Validada
	H3e	Parcialmente Validada
	H3f	Parcialmente Validada
H4: O envolvimento tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.		Validada
H5: A imagem tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.		Validada
H6: A equidade tem um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes.		Validada

Fonte: Elaboração Própria

Figura 14: Fatores e relações identificadas na análise empírica



Fonte: Elaboração Própria

Capítulo 7- Conclusões

O presente capítulo visa sintetizar as conclusões do estudo. Assim, nesta fase introdutória serão descritas as relações entre os fatores que já foram apresentados anteriormente de modo a concluir os fatores que são importantes para a obtenção de um elevado nível de satisfação, com especial referência ao Hospital Militar Regional nº1- Porto, objeto do estudo.

Numa fase final do presente capítulo serão apontadas implicações para a gestão, limitações ao estudo, sendo sugeridas propostas de investigações futuras.

7.1- Conclusões do estudo

Da análise empírica poderemos verificar a validade parcial do modelo inicialmente proposto, pelo que o presente trabalho se considera uma mais-valia para a área em estudo.

Com a extração dos fatores, derivados das variáveis inicialmente propostas, verificam-se relações entre os mesmos (tabela 31) o que permitiu validar ou validar parcialmente as hipóteses inicialmente identificadas. Assim, prossegue-se com a sumária caracterização dos fatores, considerado o fator da satisfação dos utentes, mostrando o(s) impacto(s) que terão noutras variáveis/noutros fatores.

Qualidade do Serviço

Da análise fatorial realizada resultou seis fatores, designadamente: tangibilidade, interação, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e eficiência.

O que diz respeito á tangibilidade, esta mostrou-se positiva e com elevados níveis de significância em relação à satisfação dos utentes. Este facto é devido aos utentes, na sua maioria, não terem conhecimento necessário para avaliar os serviços prestados, dependem assim fortemente de outros critérios para avaliar os cuidados médicos recebidos, como é o exemplo da utilização de equipamentos modernos. Uma outra razão para a importância de equipamento modernos é que a sua utilização pode melhorar o resultado do tratamento médico, fornecendo diagnósticos mais precisos e acelerar a recuperação do paciente.

A quanto á interação esta mostrou-se não significativa em relação à variável dependente em estudo. O que leva a crer que a maioria dos utentes querem é ir às consultas médicas e regressar o mais rápido possível para as suas vidas militares, desvalorizando a interação com os profissionais de saúde. Por outro lado, a existência de uma hierarquia tão acentuada

e de forte importância para as instituições militares leva a que os utentes se sintam um pouco constrangidos perante a presença de oficiais médicos e de outros profissionais de saúde graduados, originando uma inibição na interação com os profissionais de saúde.

O profissionalismo tem uma influência positiva e significativa sobre a satisfação dos utentes. Portanto, é muito importante para HMR1 manter o profissionalismo e a competência dos seus trabalhadores. Em termos práticos, o hospital deverá continuar a fornecer aos seus profissionais de saúde formação regular, não só de competência técnica mas também habilidades na comunicação e na etiqueta.

De seguida temos a acessibilidade que também revelou uma significância positiva sobre a satisfação dos utentes, assim, o hospital em estudo deve continuar a elaborar políticas de modo a que os utentes recebam atendimento médico num momento conveniente, tendo a atenção de não chamar os utentes muito em cima da hora e especial cuidado a contactar todos os utentes quando um médico desmarca as suas consultas para um determinado dia.

A qualidade técnica demonstrou um valor positivo e significativo sobre a variável dependente em estudo. As descobertas de Singpurwalla *et al.*, (1999) validam esta importância, pois para eles os utentes estão a desenvolver estratégias para avaliar a sua saúde e melhorar as suas decisões na escolha dos prestadores de serviços de saúde. Logo esta dimensão é de extrema importância para o hospital militar não perder utentes, tendo a gestão que não desvalorizar esta dimensão.

A última dimensão deste constructo é a eficiência que divulgou um valor positivo e significativo sobre a satisfação dos utentes. Assim, a colaboração, entre todos os clínicos envolvidos são essenciais, pois proporcionará um encaminhamento atempado de modo a fornecer uma assistência médica imediata a doentes com lesões ou casos graves. Nesta dimensão verifica-se a importância que os utentes esperam na continuidade e na consistência dos cuidados médicos.

Em resumo, as seis dimensões consideradas: a tangibilidade, a interação, o profissionalismo, a acessibilidade, a qualidade técnica e eficiência só a interação é que não se mostrou significativa em relação á satisfação dos utentes.

Valor Percebido

Da análise fatorial realizada resultou quatro fatores o valor de transação e eficiência; o valor estético; o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição.

O primeiro que é o valor de transação e eficiência, inicialmente eram dois conceitos distintos, o que através da análise fatorial veio agrupa-los. Este fator mostrou-se com um

efeito positivo e significativo sobre a satisfação dos utentes, à luz do que já defendia Chahal e Kumari (2011). Os utentes valorizam fortemente o valor de transação que se verifica quando se sente seguros nas mãos de um médico, levando-os a escolherem sempre o serviço de saúde que consideram mais eficiente, em relação aos outros.

De seguida temos o valor estético que se mostrou bastante significativo em relação com a satisfação dos utentes. O que segundo a revisão bibliográfica esta ligação já era esperada, pois o apelo visual que é inerente ao ambiente hospitalar é bastante importante para os utentes se sentirem num ambiente satisfeito (Chahal e Kumari, 2011; Arnold e Reynolds, 2003).

O Valor da auto-gratificação que refere-se às melhorias no bem-estar pessoal, consistindo na diminuição do stress e de sentimentos negativos, e na eliminação da solidão (Chahal e Kumari, 2011; Arnold e Reynolds, 2003), mostrou-se bastante importante à semelhança dos outros valores percebidos já transcritos. Como é de imaginar o equilíbrio interno proporciona um bem-estar pessoal o que leva a que o serviço de saúde seja avaliado de forma ponderada e contribuindo assim, para a satisfação dos utentes.

A última dimensão é o valor de aquisição, que consiste no valor que os utentes estão dispostos a pagar e o que consideram aceitável como pagamento dos cuidados recebido. Neste caso de estudo, HMR1, é normal que os utentes considerem que não pagam muito, pois todos os beneficiários da ADM não pagam nada no hospital militar.

Para concluir, o valor de transação e eficiência; o valor estético; o valor da auto-gratificação e o valor de aquisição mostraram-se bastante significativos para a determinação da satisfação dos utentes, sendo o seu *P value* sempre zero em todas as dimensões.

Envolvimento

Este fator mostrou grandes níveis de significância em relação à satisfação dos utentes.

Assim, através de um único item os resultados revelaram que é importante para os utentes as características do serviço, de forma a satisfazer as suas necessidades, os valores e os seus interesses. Considerando deste modo, a importância do envolvimento na satisfação dos utentes.

Imagem

Da análise fatorial realizada resultou um só fator para este constructo – imagem. Este fator mostrou grandes níveis de significância em relação à satisfação dos utentes.

Neste constructo uma imagem favorável sobre o HMR1 permitirá que a gestão conseguirá atrair novos utentes e manter os utentes antigos, sendo assim, esta variável independente deverá ser pensada com muito cuidado e a gestão terá que lhe continuar a dar a sua importância necessária.

Equidade

Da análise fatorial realizada resultou um só fator para este constructo – equidade, onde o valor de *P value* foi bastante significativo (zero).

A equidade é um dos princípios básicos de qualquer sistema de saúde, estando contemplado na maioria das Constituições, incluindo a Portuguesa. Neste estudo, este constructo revelou-se de extrema importância na influência que exerce sobre a satisfação dos utentes do HMR1.

Em jeito de conclusão, do cruzamento dos resultados (parcelares e conjunto) poderemos considerar que a satisfação dos utentes do Hospital Militar Regional Nº1 é influenciada diretamente pela qualidade de serviço (tangibilidade, profissionalismo, acessibilidade, qualidade técnica e eficiência), o valor percebido (valor de transação e valor da eficiência; valor estético; valor da auto-gratificação e valor de aquisição), o envolvimento, a imagem e a equidade e indiretamente pela qualidade do serviço (interação), visto esta influenciar diretamente o valor percebido e esta por sua vez influencia a satisfação.

7. 2- Implicações para a gestão

No que respeita às implicações para a gestão, os chefes dos serviços devem entender os aspetos positivos e negativos da qualidade dos seus serviços. Ou seja, procurar definir aspetos negativos observados pelos clientes e deste modo a procurar minimizar as falhas no sistema de prestação de serviços através da análise das razões subjacentes aos incidentes negativos.

No entanto, apesar dos esforços de minimizar estas situações, as falhas dos serviços não podem ser totalmente evitadas, pelo que os funcionários deverão estar preparados para a ocorrência e resolução destes problemas.

Por outro lado, e já numa abordagem mais concreta sobre o efeito negativo da interação na satisfação dos utentes a gestão do Hospital em estudo deveria obrigar a todos os seus profissionais de saúde a andarem devidamente identificados e uniformizados mas sem a presença de divisas, pois nota-se uma inibição dos utentes perante postos militares mais graduados.

Em suma, a gestão de topo deverá adotar medidas que estimulem a cooperação, a satisfação e a partilha de informações, podendo lançar medidas coletivas catalisadoras destes fatores.

7.3- Limitações ao estudo

Estando cientes de que, como em qualquer projeto de investigação, esta dissertação tem limitações, apresentamos de seguida uma reflexão sobre as mesmas e propomos um conjunto de pistas para as colmatar através de investigações futuras.

Uma limitação do presente estudo foi a distribuição dos questionários por uma faixa etária jovem (26-30 anos), visto estes serem o que representam maior número de doentes assistidos, desvalorizando o elevado número de doentes observados ao longo dos anos de 2012, cuja sua faixa etária se apresenta entre os 60-70 anos.

Por outro lado, foi utilizada estatística descritiva, análise correlacional, análise fatorial e regressões lineares, no entanto poderíamos utilizar modelos de equações estruturais de modo a correlacionar um maior número de variáveis independentes, em função de uma variável dependente.

Em suma, não podemos deixar de referir o facto da comissão de ética do HMR1 ter demorado muito tempo a aprovar o estudo, o que nos limitou no tempo para a aplicação dos questionários.

7.4- Propostas de investigações futuras

Ao propor futuras investigações sugeria-se a aplicação do modelo delineado aos outros hospitais militares de modo a analisar comparativamente os diferentes impactos que os fatores da satisfação dos utentes têm.

A avaliação da satisfação dos utentes do HMR1 foi realizada a todos os serviços na sua globalidade, seria pertinente analisar cada serviço individualmente, visto que cada serviço

tem a sua particularidade e deste modo poder-se-ia adaptar o questionário à realidade de cada serviço existente.

Em conclusão, esta dissertação não deve ser vista como um projeto de investigação concluído, mas antes como uma etapa que deverá ser incrementada em estudos posteriores, até porque o seu valor decorre não somente do seu contributo para o conhecimento, mas também das portas que abre para futuras evoluções da investigação.

Capítulo 8- Referências bibliográficas

- Agyepong, I., Anafi, P., Asiamah, E., Ansah, E., Ashon, D. e Narh-Dometey, C. (2004). Health worker (internal customer) satisfaction and motivation in the public sector in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 19: pp. 319-336.
- Aldana, J., Piechulek, H. e Al-Sabir, A. (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Organization*, 79: pp. 512-517.
- Alden, D., Hoa, D. e Bhawuk, D. (2004). Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modeling and measurement. *Social Science & Medicine*, 59: pp. 2219-2232.
- Al-Hussyeen, A. (2009). Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City. *The Saudi Dental Journal*, 22: pp.19-25.
- Andreassen, T. e Lindestad, B. (1998). Customer loyalty and complex services: The impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for customers with varying degrees of service expertise. *International Journal of Service Industry Management*, 9 (1): pp. 7-23.
- Arnold, M. e Reynolds, K. (2003). Hedonic shopping motivation. *Journal of Retailing*, 79 (2): pp.77-95.
- Athanassopoulos, A. (2000). Customer Satisfaction Cues to Support Market Segmentation and Explain Switching Behavior. *Journal of Business Research*, 47: pp.191–207.
- Atwal, G. e Williams, A. (2009). Luxury brand marketing – the experience is everything! *Journal of Brand Management*, 16 (5): pp. 338-346.
- Bettencourt, L. e Brown, S. (1997). Contact Employees: Relationships Among Workplace Fairness, Job Satisfaction and Prosocial Service Behaviors. *Journal of Retailing*, 73 (1): pp. 39-61.
- Bodilenyane, K. e Motshegwa, B. (2012). The effect of HIV/AIDS on Job Satisfaction amongst the Nurses in the Public Health Sector of Botswana. *International Journal of Business and Management*, 7 (7): pp. 61- 74.
- Carlson M., Shaul J., Eisen S. e Cleary P. (2002). The influence of patient characteristics on ratings of managed behavioural health care. *J. Behav. Health Serv. Res.* 29: pp. 481–489.
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 14: pp. 236-249.
- Chahal, H. e Kumari, N. (2011). Consumer Perceived Value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector. *Journal of Relationship Marketing*, 10 (2): pp. 88-112.
- Choi, J., Laibson, D., Madrian, B. e Metrick, A. (2004). For Better or For Worse: Default Effects and 401(k) Savings Behavior. Forthcoming in *Perspectives in the Economics of Aging*, Chicago, University of Chicago Press.
- Chow, A., Mayer, E., Darzi, A. e Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Clinical Reviews*, 146: pp. 435-443.
- Clerfeuille, F., Poubanne, Y., Vakrilova, M. e Petrova, G. (2008). Evaluation of consumer satisfaction using the tetra-class model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 4: pp. 258-271.

- Cronin, B. e Hult, G. (2000). Assessing the Determinants of Consumer Behavioral Intentions in Service Environments: An Investigation of a Comprehensive Model of the Effects of Quality, Value, and Satisfaction. *Journal of Retailing*, 76 (2): pp.193-218.
- Cronin, J. e TAYLOR, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56: pp.55-68.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. e Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6 (32): pp.1-6.
- Deming, W. (1990). Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Ed. Marquês-Saraiva, pp. 367.
- Demo, P. (2000). Educação e Qualidade. Campinas: Editora Papirus.
- Dholakia, U. e Bagozzi, R. (2001). Consumer behavior in digital environments. *Digital marketing: Global strategies from the world's leading experts*, 7: pp. 163-200.
- Donadabian, A. (1980). Explorations in Quality Assesment and Monitoring: the definition of quality and approaches to its assesment, Vol. I, *Health Administration Press*.
- Donadabian, A. (1997). Special article: the quality of care: how can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11): pp. 1145-1150.
- Donadabian, A. (2003). An introduction to quality assurance. *Oxford: Oxford University Press*.
- Fornell, C., Johnson, M., Anderson, E., Cha, J. e Everitt Bryant, B. (1996). The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60: pp. 7-18.
- Foster, M., Earl, P., Haines, T. e Mitchell, G. (2010). Unravelling the concept of consumer preference: Implications for health policy and optimal planning in primary care. *Health Policy*, 97: pp.105-112.
- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M. e Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19: pp. 55-80.
- Gallarza, M. e Saura, I. (2006). Value dimensions, perceived value, satisfaction and loyalty: An investigation of university students travel behaviors. *Tourism Management*, 27:pp. 437-452.
- Gallarza, M., Saura, I. e Garcia, H. (2002). Destination Image Towards a Conceptual Framework. *Annals of Tourisme Research*, 29 (1): pp. 56-78.
- Garcia-Lacalle, J. e Martin, E. (2010). Rural vs urban hospital performance in a “competitive” public health service. *Social Science & Medicine*, 71: pp. 1131-1140.
- Gauld, R., Al-Wahaibi, S., Chisholm, J., Crabbe, R., Kwon, B., Oh, T., Palepu, R., Rawcliffe, N. e Sohn, S. (2011). Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. *Health Policy*, 103: pp. 200-208.
- González, M., Comesaña, L. e Brea, J. (2007). Assessing tourist revisit intentions through perceived service quality and customer satisfaction. *Journal of Business Research*, 60 (2): pp. 153-160.
- Goodwin e Ross (1992). Consumer Responses to Service Failures: Influence of Procedural and Interactional Fairness Perceptions. *Journal of Business Research*, 25 (2): pp. 149-63.

- Gounaris, E., Erdman, S., Restaino, C., Gurish, M., McNagny, K., Friend, D., Lee, D., Zhang, G., Shin, K., Rao, V., Poutahidis, T., Weissleder, R., Gounari, F. e Khazaie, K. (2007). Mast cells are an essential hematopoietic component for polyp development. *Proc Natl Acad Sci*, 104 (50): pp. 19977–19982.
- Graça, L. e Sá, E. (1997). Avaliação da satisfação profissional do pessoal dos Centros de Saúde, Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo. Sub-Região de Saúde de Beja.
- Greene, J., Weinberger, M e Mamlin, J. (1980). Patient attitudes toward health care expectations of primary care in a clinic setting. *Social Science and Medicine*, 14A: pp. 133–138.
- Grewal, D., Krishnan, R. e Sharma, A. (1999). Value-Based Marketing Strategies. *Academy of Marketing Science*, 2: pp.180-196.
- Grönroos, C. (1990). Service Management and Marketing, D.C. *Heath and Company/Lexington, Massachusetts/Toronto: Lexington Books*.
- Grönroos, C. (2000). Service Management and Marketing: a customer relationship management approach. 2a Ed., *Chichester: John Wiley & Sons*.
- Grönroos, C. (2004). Marketing, gerenciamento e serviços (2 ed.). *Rio de Janeiro: Campus*.
- Gummesson, E. (1987). The New Marketing: Developing Long-term Interactive Relationships. *Long Range Planning*, 20: pp.10-20.
- Gummesson, (1993). Quality management in service organizations, ISQA, New York.
- Hair, J., Black, W., Babin, B. Anderson, R. e Tatham, R. (2006). Multivariate data analysis. *New Jersey: Prentice Hall*.
- HALLOWELL, R. - Southwest airlines: a case study linking employee needs satisfaction and organizational capabilities to competitive advantage. *Human Resource Management*. Vol. 35, (1996), p.513.
- Haviland, M., Morales, L., Reise, S. e Hays, R. (2003). Do health care ratings differ by race or ethnicity? *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* 29: pp. 134–145.
- Hite, R. e Joseph, A. (1985). Differences in the Importance of Selling Techniques between Consumer and Industrial Salespeople. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 5: pp. 19-30.
- Holbrook, M. e Hirschman, E. (1982). The experiential aspects of consumption: consumer fantasies, feeling, and fun. *Journal of Consumer Research*, 9 (2): pp. 132-140.
- Holbrook, M. (2000). The Millennial Consumer in the Texts of Our Times: Experience and Entertainment. *Journal of Macromarketing*, 20 (2): pp. 178-192.
- Holbrook, M. (2006). Consumption experience, customer value, and subjective personal introspection: An illustrative photographic essay. *Journal of Business Research*, 59: pp. 714-725.
- Imperatori, E. (1999). Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos Serviços de saúde, Lisboa: *Edições Edinova*.
- Johansson, P., Oléni, M. e Fridlung, B. (2002). Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. *Scandinavian Journal o Caring Sciences*, 16: pp.337-344.
- John, J. (1992). Patient satisfaction: the impact of past experiences. *Journal of Health Care Marketing*, 12: pp. 56-64.

- Johnson, M. e Zinkhan, G. (1990). Defining and measuring company image. Thirteenth Annual Conference of the Academy of Marketing Science, *New Orleans, LA*, Academy of Marketing Science.
- Juran, J. (1989). On Leadership For Quality: An Executive Handbook. *The Free Press, A Division of MacMillan Inc*, New York.
- Juran, J. (1992). On Quality By Design: The New Steps For Planning Quality Into Goods And Services. *The Free Press, A Division of McMillan Inc*, New York.
- Kotler, P. (1998). Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controle (5 ed.). São Paulo: *Atlas*.
- Lam, S., Shankar, V., Erramilli, M. e Murthy, B. (2004). Customer Value, Satisfaction, Loyalty and Switching Costs: An Illustration from a Business-to-Business Service Context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(3): pp. 293-311.
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patients' satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16: pp. 583-589.
- Lopes, C. (2013). Relatório do Hospital Militar Regional N°1 – Movimento Assistencial do Ano de 2012, pp. 4-10.
- Mathwick, C., Malhotra, N. e Rigdon, E. (2002). The effect of dynamic retail experiences on experiential perceptions of value: An internet and catalog comparison. *Journal of Retailing*, 78: pp. 51-60.
- Marley, K., Collier, D. e Goldstein, S. (2004). The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences*, 35 (3): pp. 349-369.
- McDougall, G., Levesque, T. (2000). Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation. *Journal of Services Marketing*, 14 (5): pp. 392-410.
- McIntyre, T., Pereira, M., Silva, N., Fernandes, S., Correia, M. e McIntyre, S. (2002). A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação, *Edição Ministério das Cidades*, Porto.
- Motta, R. (1995). A busca da Competitividade nas empresas. *Revista de Administração de Empresas - Executiva*, 35 (1): pp. 12-16.
- Ndubisi, N. (2011). Mindfulness, reliability, pre-emptive conflict handling, customer orientation and outcomes in Malaysia's healthcare sector. *Journal of Business Research*.
- Neves, A. (2002). Gestão na Administração Pública, *Editores Pergaminho, Lda*, Cascais.
- Newsome, P. e Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186 (4): pp. 161-165.
- Oliver, R. (1980). A Cognitive Model of Antecedents and Consequences of Satisfaction.
- Oliver R. (1993). Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *J Consumer*; 20: pp.418-430.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. Boston: McGraw-Hill.
- Oliver, R.; Swan, J. (1989). Equity disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. *The Journal of Consumer Research*, 16: pp. 372-383.
- OMS (1996). Le gens et leur santé: quell qualité de vie?. Forum Mondial de la Santé. 17.
- Parasuraman, A. e Grewal, D. (2000). The impact of technology on the quality-value-loyalty chain: a research agenda. *Journal of academic of Marketing Science*, 28: pp. 168-174.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L. (1985). A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (Fall): pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1): pp. 12-40.
- Paladini, E. (1994). Qualidade Total na Prática: Implantação e Avaliação de Sistemas de Qualidade Total. *Ed. Atlas*, S. Paulo.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Evaluation and Program Planning*, 6 (3-4): pp. 185-210.
- Pereira, M., Araújo-Soares, V. e McIntyre, T. (2001) Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2: pp. 69-80.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Qin, J. e Prybutok, V. (2012). A quantitative model for patient behavioral decisions in the urgent care industry. *Socio – Economic Planning Sciences*, pp. 1-15.
- Raftopoulos, V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of Hospital care. *Icus Nursing Web Journal*, 22: pp. 1- 5.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27: pp. 428-443.
- Rego, A. (2000). Justiça e comportamentos de cidade nas organizações. *Ed. Sílabo*. Lisboa.
- Sakellarides, C. (2003). Prefácio em: Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados. *Edição Instituto do Consumidor*. Lisboa.
- Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11: pp. 29-46.
- Schmitt B. (1999). Experiential Marketing. *Journal of Marketing Management* 15: pp. 56-67.
- Sergeant, A. e Frenkel, S. (2000). When do customer contact employees satisfy customers? *Journal of Service Research*, 3 (1): pp. 18-34.
- Seth, N., Deshmukh, S. e Vrat, P. (2004). Service quality models: a review, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(9): pp. 913-949.
- Shwu-Ing, W. (2002). Internet Marketing Involvement and Consumer Behavior. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 14: pp. 36-53.
- Singpurwalla N, Forman E, Zalkind D. (1999). Promoting shared health care decision making using the analytic hierarchy process. *Socio-Economic Planning Sciences*, 33: pp. 277-299.
- Sitzia, J. e Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45 (12): pp. 1829-1843.
- Stavins, C. (2004). Developing employee participation in the patient satisfaction process. *Journal Healthcare Management*, 49 (2): pp. 5-15.
- Stern, D. e Common, M. (2001). Is there an environmental Kuznets curve for sulfur? *Journal of Environmental Economics and Environmental Management*, 41: pp. 162-178.

- Suh, J., e Yi, Y. (2006). When brand attitudes affect the customer satisfaction-loyalty relation: The moderating role of product involvement. *Journal of Consumer Psychology*, 16(2): pp. 145-155.
- Taylor, P. (1997). Heirarchical tendencies amongst world cities: a global research proposal. *Cities*, 14 (6): pp. 323-332.
- Turner, R. (1990). Rehabilitation. In Spilker, Berd (ed) Quality of Life Assessement in Clinical Trials, *New York Raven Press*, pp. 247-267.
- Verhoef, C.; Lemon, N.; Parasuman A.; Roggeveen, A.; Tsiros, M. e Leonard, A. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics and Man-agement Strategies. *Journal of Retailing*, 85 (1): pp. 31-41.
- Vinagre, M. e Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care, Quality Assurance*, 21(1): pp. 87-103.
- Ware, J., Snyder, M., Wright, W. e Davies, A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning. *Ann Arbor*, 6: pp. 247-263.
- Waters, H. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51: pp. 599-612.
- Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. *New York: Springer-Verlag*.
- Wisniewski, M. e Donnelly, M. (1996). Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL. *Journals Oxford Ltd, Total Quality Management*, 7 (4): pp. 357-365.
- Woodruff, R. e Gardial, S. (1996). Know your customer: New approaches to customer value and satisfaction, Cambridge, MA; Blackweil.
- Zaichkowsky, J. (1985). Familiarity: Product Use, Involvement or Expertise?" In Advances in Consumer Research. *Elizabeth C. Hirshman and Morris B. Holbrook, Provo*, 12: pp. 296-299.
- Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a mean-end model and synthesis evidence. *Journal of Marketing*, 52: pp. 2-22.

Capítulo 9- Anexos

Anexo I – Qualidade de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde.

Qualidade da prestação de serviços de saúde	Qualidade do diagnóstico laboratorial	Humanização dos serviços	Assistência espiritual e religiosa
<ul style="list-style-type: none"> • Escassa cultura de qualidade; • Défice organizacional dos serviços de saúde; • Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão; • Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências dos serviços laboratoriais; • Subdesenvolvimento de sistemas de controlo da qualidade do diagnóstico laboratorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nova dimensão da Ética no Sistema; • Comissões de Ética sem formação específica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complexificação das necessidades neste âmbito; • Deficitária integração desta dimensão nos cuidados de saúde prestados; • Insuficiência do modelo vigente de Serviços Religiosos Hospitalares.
Orientações estratégicas e intervenções necessárias			
<ul style="list-style-type: none"> • Intervir para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde; • Intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde ; • Melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão; • Apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica; • Abordagem explícita da problemática do erro médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar os serviços laboratoriais; • Melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar uma nova dimensão da Ética no Sistema; • Investir na formação dos membros das Comissões de Ética; • Revitalizar a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o aprofundamento da consciência sobre esta dimensão no Sistema; • Investir na formação dos Profissionais; • Criar um novo modelo de Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.

Fonte: Adaptado de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html.

Anexo II – Modelos da qualidade nos serviços apresentados por Seth, Deshmukh e Vrat (2004)

Modelos de Avaliação	Conclusões	Limitações
Modelo da qualidade dos atributos dos serviços (Haywood-Farmer, 1988)	Este modelo tem o potencial de melhorar a compreensão dos conceitos da qualidade nos serviços e contribuir para uma correta orientação para o cliente. Este modelo é útil tanto na fase de conceção como na fase subsequente tendo em atenção quando o gosto do cliente evolui.	Não oferece a medição da qualidade do serviço, nem possui procedimentos práticos capazes de auxiliar a gestão a identificar problemas da qualidade nos serviços ou de meios concretos para melhorar a qualidade do serviço.
Modelo sintetizado da qualidade de serviço (Brogowicz et al., 1990)	Este modelo é de forte importância para os gestores, pois a sua aplicação melhora a aplicação de vários serviços. Este modelo tem uma particularidade, identifica as variáveis chave que requerem atenção por parte da gestão no que diz respeito ao planeamento, execução, controlo do serviço e estratégias de marketing para evitar ou minimizar a diferença de qualidade no serviço.	Para cada serviço é necessário rever as suas especificações. Necessita de validação empírica.
Modelo de desempenho único (Cronin e Taylor, 1992)	O desempenho baseado no SERVPERF é mais eficiente em comparação com SERVQUAL, uma vez que reduz o número de itens em 50% levando a que os resultados sejam melhores. A qualidade do serviço é um antecedente da satisfação do consumidor e pode ter um efeito positivo sobre as intenções de compra.	Não é aplicável a todo tipo de serviços. E neste modelo existe uma necessidade de estabelecer uma relação entre a quantitativa da satisfação do consumidor e a qualidade do serviço.
Modelo ideal de valor de um serviço de qualidade (Mattsson, 1992)	Este modelo fornece uma nova perspectiva de aprendizagem do padrão ideal que pode ser formado e como ele pode ser mantido mentalmente. Tem como particularidade, também, a incorporação e definição da importância dos diversos componentes do encontro de serviços a ser estudados. A experiência negativa é apontada como fator determinante para o resultado da satisfação.	Precisa ser definido para todos os tipos de definições de serviço. Apresenta um número reduzido de itens utilizados para o valor da satisfação do cliente.
Modelo PE e NQ (Teas, 1993)	O critério e validade de construção do modelo explorado (PE) foi superior ao modelo SERVQUAL e ao modelo NQ. O modelo suscitou uma série de questões relativas às definições conceptuais e operacionais das expectativas.	Este modelo foi testado para dimensão limitada da amostra e para um serviço muito específico (loja de desconto), o que quer dizer que a sua aplicação em outros sectores de serviços têm de ser reajustados.
Modelo de alinhamento de TI (Berkley e Gupta, 1994)	Este modelo pode ajudar as organizações a perceber os benefícios completos da utilização de sistemas de informação para oferecer uma melhor qualidade de serviço através da confiabilidade, fiabilidade, competência, acesso, comunicação, segurança e compreensão do cliente. Assim, permite aos gestores compreender as tecnologias utilizadas na indústria e	O modelo não oferece uma maneira de medir e monitorar a qualidade do serviço e é omissivo no uso da TI em serviços específicos.

	determinar qual a tecnologia apropriada e adequada às suas necessidades.	
Modelo de atributos e afetação global (Dabholkar, 1996)	Este modelo consiste nas avaliações de qualidade do serviço para a tecnologia de auto-serviço. Não acrescenta mais poder explicativo para o atributo.	Neste modelo o efeito das variáveis demográficas, custo, ambiente físico não são consideradas. Tal como a maior parte dos modelos descritos anteriormente, deverá ser generalizado para diferentes opções de serviços.
Modelo de qualidade percebida e satisfação (Spreng e Mackoy, 1996)	Crescentes expectativas têm um efeito positivo sobre a perceção de satisfação do desempenho do cliente, mas não têm um efeito negativo sobre a satisfação no caso de insatisfação. Este modelo mostra que a qualidade do serviço e satisfação são distintas e a congruência dos desejos não influenciam a satisfação.	É fraco no que diz respeito a fornecer orientações para a melhoria da qualidade de serviço, não dando importância à qualidade do serviço prestado.
Modelo atributo PCP (Philip e Hazlett, 1997)	A área da melhoria da qualidade do serviço, dependendo da frequência de consumo. Este modelo proporciona de uma maneira simples e eficaz o quadro geral de avaliação da qualidade do serviço para todo o sector de serviços.	Não é valor empírico. O modelo não tem em atenção os três níveis de atributos para as dimensões gerais.
Qualidade do serviço e valor percebido (Sweeney et al., 1997)	A qualidade funcional tem uma influência indireta sobre a vontade de comprar através da qualidade dos produtos e a perceção de valor. A qualidade técnica contribui para a qualidade do produto e as perceções do serviço.	Este modelo apresenta poucos itens e considera apenas um valor de construção – o valor atribuído ao dinheiro.
Serviço de qualidade, o valor do cliente e do modelo de satisfação do cliente (Oh, 1999)	A principal vantagem deste modelo é que fornece os rumos e metas para a empresa, tendo em conta a satisfação do cliente. É usado como uma estrutura para compreender o processo de decisão do consumidor, bem como avaliar o desempenho da empresa.	A principal limitação deste estudo é que não pode ser explorado em diferentes tipos de serviços.
Modelo de antecedentes e mediadores (Dabholkar et al., 2000)	O modelo antecedente pode fornecer uma compreensão completa da qualidade do serviço e como estas fazer avaliações futuras. A satisfação do cliente é um dos melhores indicadores das intenções comportamentais. É importante medir a satisfação do cliente em separado da qualidade do serviço, tentando determinar as avaliações do cliente ao serviço.	O modelo tem em conta a intenção comportamental, e não o comportamento real. Os antecedentes da satisfação do cliente não foram explorados e o modelo deveria ser difundido para diferentes tipos de serviços.
Modelo interno de qualidade do serviço (Frost e Kumar, 2000)	Para um desempenho importante no reconhecimento do nível de qualidade percebida do serviço é necessário analisar as perceções e as expectativas dos clientes e fornecedores internos.	Neste estudo o efeito ambiente externo não é considerado e existe também uma necessidade de generalizar para outros ambientes internos.
Modelo do serviço interno de qualidade DEA (Soteriou e Stavrinides, 2000)	Para ser produzidos níveis mais elevados de qualidade nos serviços é necessário indicar os recursos e o que pode ser melhor.	Ignora outras medidas de desempenho e não prevê a medição da qualidade do serviço.

Modelo bancário da Internet (Broderick e Vachirapornpuk, 2002)	Neste modelo o nível e a natureza da participação do cliente teve um grande impacto sobre a qualidade da experiência de serviço. A implicação para a gestão da qualidade do serviço bancário através da internet surge dentro da interface do serviço e com a gestão do papel dos clientes.	O modelo é baseado na experiência de um único website precisando ser validado com outras experiências. No mundo da investigação este é uma área que precisa ser muito explorada.
Modelo da qualidade em e-serviço (Santos, 2003)	Este modelo é útil a todas as empresas que se dedicam ao comércio eletrónico de serviços ou planejam fazê-lo. Fornece uma melhor compreensão na qualidade do serviço e, portanto, atinge altos níveis de satisfação e lucro.	Este modelo apresenta algumas lacunas pois é um estudo meramente exploratório e não apresenta assim nenhuma análise estatística. Por outro lado, não prevê escalas específicas para diferentes serviços.

Fonte: Adaptado de Seth, Deshmukh e Vrat (2004).

Anexo III – Tabela da revisão da literatura sobre a Satisfação dos Utentes

Autores	Objetivos	Metodologia	Principais Resultados	Conclusões Finais
Agyepong <i>et al.</i> , 2004	Estudar os fatores que afetam a motivação dos trabalhadores no sector da saúde e a satisfação dos utentes no sector público do Gana.	Local do estudo: Sector da saúde no Gana, de Janeiro de 2002 a Agosto de 2003. Amostra: N = 1164. Método: Questionário.	Entre outros, os fatores que foram mais referidos pelos trabalhadores foram: salários baixos, falta de equipamentos essenciais, promoções em atraso, dificuldade com o transporte para o local de trabalho e falta de trabalhadores.	É improvável que os serviços de saúde do Gana consigam proporcionar alta qualidade no atendimento e na prestação dos cuidados de saúde uma vez que os clientes internos (trabalhadores) se encontram totalmente insatisfeitos no seu local de trabalho.
Aldana <i>et al.</i> , 2001	Avaliar as expectativas dos utilizadores, o seu grau de satisfação e a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Bangladesh.	Local do estudo: Bangladesh. Amostra: N = 1913 pessoas escolhidas aleatoriamente após terem recebido assistência numa unidade de saúde. Método: Entrevistas.	Os utentes no contexto em estudo revelaram que para a sua satisfação valorizam mais o respeito e a polidez do que as competências técnicas dos profissionais de saúde. O tempo de espera também é valorizado por estes utilizadores em que se revelam satisfeitos com um tempo médio de espera de 30 minutos.	Este estudo demonstra a necessidade de satisfazer a necessidade dos utilizadores e dos profissionais de saúde. Para os autores é importantíssimo que os países em desenvolvimento promovam serviços de saúde orientados para o utente e que seja feita uma pesquisa mais aprofundada sobre as determinantes da satisfação dos utentes de acordo com a respetiva cultura.
Alden <i>et al.</i> , 2004	Integração das abordagens de negócio nos cuidados de saúde da modelagem e da mediação para a satisfação dos utentes.	Local do estudo: Hanoi no Vietnam Amostra: N = 613 clientes que foram selecionados aleatoriamente (com 68% a taxa de participação). Método: Entrevistas realizadas por três enfermeiras que não trabalhavam nas clínicas.	Este estudo revela que para atingir níveis elevados de satisfação é necessário incorporar perspectivas teóricas de várias disciplinas para modelos de processos da satisfação e testa-los antes de implementar esses mesmos modelos.	Os gestores de saúde estão cada vez mais interessados na perceção dos clientes. A conceitualização, a modelagem e a mediação são determinantes fundamentais, apontados neste estudo, para uma construção contínua de um serviço de saúde de alta qualidade no apoio aos gestores.
Al-Husseyen, 2009	Determinar os fatores que afetam a saúde oral em estudantes do sexo feminino no Riyadh e avaliar a satisfação nas consultas das utentes	Local do estudo: Riyadh Amostra: N = 531 (de 8 escolas públicas e 4 privadas de quatro zonas aleatória). Método: Questionários de autopreenchimento.	Quase três quartos das estudantes visitaram nos últimos 2 anos pelo menos uma vez o dentista, onde 75% foram ao sector privado e 63% foram a consultas de rotina. O fator mais desanimador apontado pelas estudantes	No sector público o fator mais desanimador era o pós-operatório, enquanto o fator mais estimulante foi a disponibilidade dos profissionais de saúde. Por outro lado, o alto custo na assistência foi um dos fatores negativos mais apontados no sector privado.

			foi a longe localização dos serviços em estudo.	
Bodilenyane e Baakile, 2012	Explorar o efeito do HIV/SIDA sobre os profissionais de saúde do sector público no Botswana.	Local do estudo: Botswana Amostra: N = 90, em 6 hospitais selecionados intencionalmente. Método: Questionários.	O grau de satisfação dos enfermeiros é muito baixa, pois para além do risco e a exigência neste sector ser bastante elevada, os salários médios são muito reduzidos, as condições físicas do trabalho são desagradáveis e a carga de trabalho é elevada o que faz com que estes profissionais de saúde tenham grandes níveis de insatisfação.	Os profissionais de saúde demonstram que o seu trabalho não é agradável devido ao HIV/SIDA, mas devido à ausência de auto-realização, a fatores sociais e a um difícil alcance do ego.
Carlson <i>et al.</i> , 2002	A avaliação do comportamento do consumidor nos serviços de saúde, no que diz respeito à assistência pública e a planos de saúde comercial.	Local do estudo: Estados Unidos Amostra: N = 1963 utentes. Método: Questionários.	Este estudo revelou que os consumidores mais velhos contribuíram mais para este estudo que os consumidores jovens. Mostrando os consumidores mais velhos terem um conhecimento mais aprofundado sobre os planos de saúde público e os planos comerciais, mostrando assim, um maior descontentamento.	Este resultado é descrito pelos investigadores como havendo uma diferença nas expectativas dos cuidados e nos estilos de comunicação das faixas etárias apresentadas.
Chow <i>et al.</i> , 2009	Explorar a importância da satisfação dos utentes no meio cirúrgico e abordar áreas funcionais como a estrutura, o processo e o resultados.	Local do estudo: Reino Unido Método: Revisão da literatura.	Para a satisfação dos utentes no meio em estudo são relevantes quatro parâmetros que podem influenciar os resultados: a escolha da população, o tempo, o tipo de questionário e a avaliação da satisfação. A implementação de medidas adequadas de acordo com a realidade em estudo é importante para medir a satisfação dos utentes e assim fermentar a conceção de novas ferramentas para medir necessidades específicas.	Através da avaliação da satisfação dos utentes pode-se adaptar os sistemas de saúde de acordo com as pessoas mais importantes deste sistema – os seus utentes. Assim as abordagens devem incorporar determinantes e componentes específicos para uma satisfação dos pacientes.
Clerfeuille <i>et al.</i> , 2008	Avaliar os elementos dos serviços farmacêuticos prestados na Bulgária e a	Local do estudo: Sófia, Bulgária. Amostra: N = 752.	Das diversas dimensões analisadas neste estudo, as que contribuem de forma significativa para a satisfação	Este estudo demonstrou que o modelo “ <i>tetra-class</i> ” é adequado para o sector farmacêutico. Os resultados podem ser benéficos tanto para

	sua contribuição para a satisfação dos utentes através do modelo “ <i>tetra-class</i> ”.	Método: Questionários.	dos utentes são o género, a idade e o grau de escolaridade dos consumidores, bem como o tipo e o local da farmácia.	pesquisadores como gestores farmacêuticos.
Crow <i>et al.</i> , 2002	Resumir os estudos sobre a satisfação dos utentes, identificar os determinantes da satisfação em diferentes contextos no sector da saúde e explora as lacunas do conhecimento sobre a satisfação.	Amostra: N = 37 artigos sobre questões metodologias, N= 139 artigos sobre os determinantes da satisfação. Método: revisão sistemática da literatura sobre a satisfação do utente.	Os autores consideram importante uma revisão dos efeitos da satisfação sobre os comportamentos e os resultados de saúde, bem como definir as necessidades dos serviços de saúde para os utentes e a sua promoção.	A satisfação do utilizador dos serviços de saúde têm de ser uma prioridade, tem de existir uma necessidade sistemática para tratar de questões interpessoais, da formação dos funcionários e para garantir que as posições financeiras são incentivantes para os profissionais. Por outro lado, a baixa qualidade de vida e o sofrimento psíquico, faz com que exista uma menor satisfação dos utentes.
Foster <i>et al.</i> , 2010	Estudar o conceito de “ <i>unravel</i> ” como preferencial do consumidor, na implementação de políticas de saúde e planeamento nos cuidados de saúde primários.	Local do estudo: Austrália. Método: Entrevistas.	As perspetivas alternativas sobre a preferência podem ajudar os formuladores das políticas de saúde e também os profissionais de saúde através da divulgação de informação mais precisa sobre os atributos importantes dos cuidados.	O facto dos políticos e do grupo de gestão estar mais sensibilizada para as necessidades/perspetivas dos utentes leva a que aumente a participação dos utilizadores na otimização e na aceitabilidade dos cuidados de saúde.
Garcia-Lacalle e Martin, 2010	Procurar explorar se as reformas nos hospitais urbanos e rurais afetam de forma diferente os profissionais de saúde europeus. Comparar o desempenho dos hospitais urbanos e rurais tendo em atenção a eficiência e a qualidade percebida.	Local do estudo: Andalusian Health Service (SAS) em Espanha. Amostra: N = 27 (13 rurais e 14 urbanos). Método: <i>Data Envelopment Analysis</i> para avaliar a eficiência dos hospitais SAS; análises <i>multivariáveis</i> e <i>MannWhitney U test</i> para comparar o desempenho nos hospitais; e <i>multidimensional scaling</i> para obter uma representação gráfica.	Os resultados mostram que os hospitais rurais e urbanos executam de forma semelhante as dimensões da eficiência, de outro modo os hospitais rurais apresentam um desempenho melhor no que diz respeito à satisfação dos utentes.	Atualmente, os hospitais públicos são obrigados a ser mais eficientes, proporcionando uma alta qualidade no atendimento. O principal objetivo nas reformas dos públicos é melhorar o desempenho da saúde pública e os sistemas de promoção.
Gauld <i>et al.</i> ,	Avaliação através do	Local do estudo: Nova	No sistema de saúde em estudo foi-lhe	Este tipo de avaliação do sistema de saúde do

2011	balanço scorecard do sistema de saúde da vida saudável dos utentes, qualidade, acesso, eficiência e a equidade do sistema de saúde.	Zelândia. Amostra: N = 64 indicadores para a qualidade, o acesso, a eficiência e a vida saudável. N= 27 indicadores para a equidade no sistema de saúde. Método: Balanço scorecard.	atribuído uma pontuação global de 71 em 100. A qualidade e a eficiência foram os itens que mais se destacaram pela positiva, a quanto à equidade foi o item mais desfavorável apesar dos investimentos do governo para reduzir a desigualdade.	país em estudo, revelou-se um método útil pois destaca os pontos fortes, os pontos fracos e muito importantes as áreas para melhor ao longo do tempo.
Haviland <i>et al.</i> , 2003	Avaliação dos cuidados de saúde em diferentes etnias (americanos, afro-americanos, latinos e asiáticos)	Local do estudo: Estados Unidos Amostra: N = 120 855 Método: Inquéritos via correio – <i>Healthcare Market Guide</i>	O estudo revelou que a satisfação nos cuidados de saúde é mais elevada nos utentes mais velhos e nos que apresentam melhor saúde. Os asiáticos foram os que apresentaram percentagens mais baixas na satisfação com o médico e mostraram-se mais resilientes na mudança ao plano de saúde. Por fim, os afro-americanos foram os que apresentaram percentagens mais elevadas na satisfação em geral.	A avaliação dos cuidados de saúde é mais positiva entre utentes que apresentam menos problemas de saúde.
Kalda <i>et al.</i> , 2003	Avaliar fatores de satisfação dos utentes nos cuidados de saúde primária através da escolha do seu próprio médico de família.	Local do estudo: Estónia. Amostra: N = 997, amostra aleatória. Método: Questionários que foram analisados pela Universidade Tartu e pesquisadores EMOR.	Tendo em atenção o tamanho, a idade do paciente e o estado de saúde foi avaliado a satisfação dos utentes e a influência que estes fatores exerciam. Onde se verificou que a pontualidade, a compreensão, a eficácia da terapêutica e a clareza nas explicações dos médicos de saúde familiar são os indicadores que mais contribuem para a alta satisfação dos utilizadores.	A opinião dos pacientes é uma importante ferramenta na avaliação do sistema de saúde. Para evoluir é importante ter como base os interesses dos utentes, pois só assim as reformas aplicadas nos cuidados de saúde primários terão resultados satisfatórios para os utentes e para os profissionais de saúde.
Kersnik, 2001	Estudar a satisfação e as principais determinantes dos utentes de acordo com as novas reformas no sistema de saúde na	Local do estudo: Eslovénia. Amostra: N = 1809. Método: Questionários onde os dados foram trabalhados através do SPSS.	A taxa de respostas foi de 84%. Onde 72,9% dos entrevistados estavam satisfeitos com o atual sistema de saúde, 95,5% estavam satisfeitos com a possibilidade de poder escolher o seu	A reforma nos cuidados de saúde, no país em estudo tem um impacto positivo sobre a perceção dos consumidores na qualidade dos cuidados de saúde.

	Eslovénia, incluindo a possibilidade de uma escolha livre do médico de família.		médico de família e 58% estavam satisfeitos com o nível de atendimento recebido pelo seu médico.	
Mpingaa e Chastonaya, 2010	Estudo da satisfação dos utentes como indicador de saúde – direito à saúde.	Método: Análise de <i>Rodgers</i> que consistiu na comparação de um conjunto de itens sobre a pesquisa da satisfação do utente e a avaliação de conceitos fundamentais para o direito à saúde tendo como base o <i>General Comment 14/2000</i> .	Dos itens considerados mais relevantes neste estudo foram a acessibilidade (informação, programas e pessoas), a aceitabilidade (cultura e o género) e a qualidade de atendimento (profissionais de saúde).	A satisfação do paciente pode ser um direito útil de um indicador de saúde.
Ndubisi, 2011	Analisa os efeitos da confiança no serviço da saúde na Malásia, através do estudo do conflito, da orientação para o cliente, da satisfação do cliente e da lealdade na prestação do serviço.	Local do estudo: Malásia. Amostra: N = 423. Método: Questionários baseados na idade, género e raça.	A confiança nos cuidados, a confiança da informação e o tratamento de conflitos afetam diretamente a orientação para o cliente e estas por sua vez afetam diretamente a satisfação do cliente e indiretamente a lealdade.	A satisfação total dos clientes é um mediador importantíssimo na relação dos cuidados de saúde. Para além da satisfação dos clientes o grupo de gestão tem que identificar as falhas da gestão e procurar cada vez mais serviços mais eficazes.
Nickel <i>et al.</i> , 2010	Avaliar os efeitos de uma companhia de seguros alemães no sector da saúde, sobre a satisfação dos utentes e a qualidade de vida que os pacientes com doenças cardíacas ficaram.	Local do estudo: Alemanha. Amostra: N = 750, a partir de 8 hospitais. Método: 70,7% foram através de entrevistas, o restante por um questionário padronizado (<i>FK-P</i>) para a satisfação dos utentes e para medir a qualidade de vida um instrumento cujo nome é <i>SF-12</i> .	A satisfação dos utentes na prestação dos cuidados de saúde foi o aspecto mais referido positivamente. Por outro lado, as competências para lidar com os problemas em casa após os utentes terem alta foi o mais apontado negativamente.	No programa em estudo pode-se verificar que não existia melhorias na qualidade de saúde dos utentes, mas existia um efeito positivo sobre a satisfação dos utentes e a eficiência dos cuidados hospitalares.
Sovd <i>et al.</i> , 2006	O foco principal deste estudo é investigar as principais características e	Local do estudo: Mongólia Amostra: N = 1301 adolescentes com idades	O mais forte determinante para a satisfação dos utentes é a aceitabilidade, onde consideram o	Este estudo demonstra a importância de compreender e medir diferentes aspetos da qualidade dos serviços de saúde para a

	determinantes dos serviços de saúde na Mongólia, em relação à satisfação dos seus utilizadores - adolescentes.	compreendidas entre os 10 e 19 anos. Método: Entrevistas e questionários, com análises bivariadas e multivariadas.	ambiente físico e as informações sobre as instalações fatores importantes. Além disto, os utentes entrevistados descreveram como fator negativo as fortes interrupções, quer por profissionais de saúde ou outros utentes, como um fator constante.	definição da satisfação dos utentes. Embora tanto a acessibilidade como a aceitabilidade têm sido apontadas em outros estudos como fatores importantes, neste estudo a aceitabilidade apresenta um carácter de forte relevo.
Thi <i>et al.</i> , 2002	Avaliação da satisfação dos utentes na fase de admissão nos hospitais franceses.	Local do estudo: França. Amostra: N = 533 utentes. Método: Inquéritos.	Verificou-se que os dois itens considerados pelos utentes para a sua satisfação eram a idade e a pontualidade.	É importante verificar que a pontualidade cada vez mais tem um peso bastante elevado para a satisfação dos utentes, sendo um grande ponto de partida para o grupo de gestão intervir.
Trani <i>et al.</i> , 2011	Comparar o estado de saúde e o acesso a serviços de saúde entre pessoas deficientes e não-deficientes na área da Serra Leoa.	Local do estudo: Serra Leoa Amostra: N = 425 famílias aleatoriamente, em 2009 de 5 distritos do local em estudo. Método: Entrevistas.	O estudo mostrou que as pessoas com deficiências graves tinham menos acesso aos serviços públicos de saúde do que pessoas sem deficiências. No entanto, não houve diferença significativa na declaração do uso de contraceptivo entre deficientes e não deficientes, mostrando-se também que as mães com deficiências eram mais propensas a relatar o acesso aos cuidados de saúde materna.	Garantir a igualdade de acesso exigirá mais fortalecimento do país a quanto ao sistema de saúde. A equidade não está presente neste sistema de saúde não podendo este país evoluir no que diz respeito ao sector da saúde.

Anexo IV - Fontes literárias que os constructos tiveram como referência

Fonte	Constructos
Andreassen e Lindestad (1998)	SU, QS, V
Chahal e Kumari (2011)	V
Chen e Chen (2010)	SU, QS, V
Chen e Thai (2007)	SU, QS, V
Choi <i>et al.</i> , (2004)	SU, QS, V
Cronin, Brady e Hult (2000)	SU, QS, V
Fornell <i>et al.</i> , (1996)	SU, QS, V
González, Comesaña e Brea (2007)	SU, QS
Johnson <i>et al.</i> , (2001)	SU, QS, V
Lam, Shankar e Murthy (2004)	SU, V
McDougall e Levesque (2000)	SU, QS, V
Newsome e Wright (1999)	SU, QS
Qin e Prybutok (2012)	SU, QS, V, I
Raftopoulos (2005)	SU, QS
Vinagre e Neves (2008).	SU, QS, EQ, E

Fonte: Elaboração própria

Anexo V – Pedido à Comissão de Ética

Exm.º Senhor Presidente da Comissão de Ética
do Hospital Militar Regional N.º1 - Porto

PATRÍCIA ALEXANDRA PINTO PINHEIRO, Soldado RC com o NIM 084 569 05, a exercer a sua atividade no Serviço de Patologia Clínica, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a administração de um questionário, tendo como objetivo a realização de um estudo que visa determinar a satisfação dos utentes e a qualidade percebida.

O estudo supracitado integra a dissertação do Mestrado em Gestão na Universidade de Aveiro, sob a orientação do Professor Doutor António Carrizo Moreira e co-orientação do Mestre Victor Manuel Ferreira Moutinho.

Em anexo é apresentado o resumo do projeto de dissertação e o questionário.

Respeitosamente,

Pede deferimento,

Porto, 03 de Julho de 2012

.....
Patrícia Alexandra Pinto Pinheiro



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Mestrado em Gestão

Resumo do Projeto de Dissertação

Tema:

Satisfação dos utentes e a qualidade percebida no Hospital Militar Regional N.º1 – Porto.

Mestranda:

Patrícia Alexandra Pinto Pinheiro

Orientador:

Professor Doutor António Carrizo Moreira

Co-orientador:

Mestre Victor Manuel Ferreira Moutinho

Introdução:

A saúde é um bem essencial para todos os indivíduos sendo um valor reconhecido universalmente e transversalmente a todas as sociedades.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social e não só a ausência de doença ou enfermidade. De facto, as pessoas, mesmo quando estão com saúde, continuam a demonstrar interesse e vontade de participar como indivíduos nas estruturas de prestação de cuidados de saúde porque se revêm sempre potenciais

consumidoras dos mesmos e como cidadãos porque têm interesse em manter ou melhorar o bom desempenho das instituições.

Tradicionalmente, a avaliação, da qualidade dos cuidados de saúde, encontrava-se determinada pela competência técnica, constituindo uma área, intrinsecamente, reservada aos prestadores de cuidados. Acreditava-se, ainda, que, se a estrutura do serviço se apresentasse adequada, os processos de tratamento, tecnicamente corretos, levariam a que o paradigma da qualidade fosse um atributo, lógico e consequente, na prestação de cuidados. Contudo, há uns anos a esta parte, as mudanças ligadas à estrutura, à organização e ao funcionamento da saúde, a par da evolução, tecnológica, neste domínio, desencadearam uma necessidade em avaliar e conhecer a satisfação do utente, (Stavins, 2004).

Todavia, a qualidade nos serviços de saúde, torna-se um fator importantíssimo a nível económico, político e social. Assim as instituições são obrigadas a traçarem projetos de modo a garantirem o bom funcionamento de serviços de saúde com qualidade. De acordo com Stavins (2004), a qualidade dos serviços são um critério de seleção para qualquer utente fazer opções de escolha sobre os prestadores de cuidados de saúde. Ainda segundo este autor, a satisfação nos cuidados adquiridos, leva a que o utente em caso de necessitar novamente de cuidados recorra à mesma instituição e a recomende a familiares e amigos, funcionando assim, como Marketing.

Finalidade:

Este estudo terá como finalidade avaliar alguns indicadores da Satisfação, sendo eles o Envolvimento, a Equidade e a verificação da Qualidade nos Serviços.

Objetivos:

Este estudo tem como objetivo responder às seguintes questões:

- ✓ Determinar os antecedentes da satisfação dos utentes;
- ✓ Identificar fatores e relações causais existentes entre os constructos que constituem o modelo conceptual a propor;

- ✓ Identificar as hipóteses
- ✓ Enumerar um conjunto de implicações para a Gestão hospitalar em face dos resultados encontrados no estudo empírico.

Método:

Tipo de estudo

Neste trabalho a metodologia é claramente quantitativa, onde proponho-me estudar um Modelo Conceptual que vou validar através da recolha de dados.

A população alvo

Utentes e acompanhantes com idade compreendida, que utilizaram os serviços do Hospital Militar Regional Nº1 – Porto, no período da recolha de dados.

A Seleção da amostra de utentes será realizada através de uma amostragem aleatória.

Técnicas de recolha de informação

A recolha de dados neste estudo será feita por mim, baseando-me fundamentalmente: (1) dados recolhidos na observação direta; (2) dados recolhidos e registados nos questionários; (3) na reunião de documentos e, (4) dados estatísticos recolhidos junto de entidades e instituições de ensino, conjunto de instrumentos estes que constituirão a base de dados do estudo empírico.

Procedimentos

Para a concretização do estudo serão solicitadas formalmente autorizações à Direção do hospital em estudo, aos Diretores de Serviço dos diferentes departamentos e o parecer à Comissão de ética.

Serão efetuados os questionários aos utentes e familiares, explicando os objetivos do estudo. Aos participantes serão facultados umas folhas com a informação do estudo, assim como, as declarações para obtenção do consentimento informado.

Os questionários serão realizados nas salas de espera dos diferentes serviços: Consulta externa de Cardiologia/Pneumologia; Consulta externa de Ginecologia/Cirurgia Plástica; Consulta externa de Dermatologia/Urologia; Consulta externa de Ortopedia; Imagiologia; Consulta externa de Estomatologia; Consulta externa de Psiquiatria; Consulta externa de Neurologia; Consulta externa de Gastroenterologia; Consulta externa de Oftalmologia; Consulta externa de Otorrinolaringologia; Consulta externa U.T.A/Endocrinologia e Patologia Clínica/Imunohemoterapia.

Previsão de análise e tratamento de dados

Relativamente à abordagem quantitativa dos dados resultantes dos Questionários será efetuada entre outros tipos de análise de dados, uma Análise Multivariada de 2ª Geração com predominância da utilização de Modelo Estrutural – constituído pelo conjunto de Equações que definem as relações entre as variáveis latentes que originam a variabilidade nos diversos serviços do HMRN^o1, as quais são observáveis.

O programa que irá ser utilizado na análise dos dados recolhidos será o SPSS.

Cronograma

Acções/Meses	Mar	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Revisão da Literatura								
Metodologia								
Redação do texto da tese de mestrado								

A sua opinião sobre o Hospital Militar Regional

Nº1 -Porto

Eu, Patrícia Pinheiro, Soldado Rc, encontro-me no Mestrado de Gestão na Universidade de Aveiro, onde estou a desenvolver um estudo sobre a Satisfação dos Uteses, bem como a qualidade dos serviços prestados no Hospital Militar Regional N.º1. A informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial. A sua opinião é muito importante para mim, por isso, peço a sua colaboração para me responder às questões que a seguir coloco. Para cada pergunta marque no quadrado que mais se adequa à sua opinião, tendo em atenção que 1 é Discordo totalmente, 2 Discordo, 3 Discordo em parte, 4 Indiferente, 5 Concordo em parte, 6 Concordo e 7 Concordo totalmente.

A) Qualidade do Serviço

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	As instalações são cómodas, de aparência agradável e estão bem sinalizadas.							
2	O equipamento disponível no Hospital é moderno.							
3	Consigo aceder facilmente as informações sobre os cuidados prestados.							
4	Os médicos e os outros profissionais mostraram preocupação com a minha família.							
5	Os profissionais ouviram sempre o que eu tinha para dizer.							
6	Os profissionais de saúde compreenderam as minhas necessidades.							
7	Os médicos e enfermeiras eram profissionais bem treinados.							
8	Os profissionais eram altamente experientes.							
9	Os profissionais eram bem informados e qualificados.							
10	Foi fácil marcar uma consulta.							
11	O funcionário foi acessível ao telefone.							
12	O funcionário foi capaz de marcar a consulta num momento conveniente.							

13	Acredito que os resultados do meu tratamento foram o melhor que podiam ser.	Qualidade técnica							
14	A qualidade dos cuidados que recebi foi excelente.								
15	O atendimento prestado pelo Hospital foi de grande nível.								
16	Fiquei impressionado com o atendimento prestado no Hospital.								
17	A assistência médica que recebi foi coordenada.	Eficiência							
18	A transição de informação pelos diferentes serviços foi coordenada.								
19	A assistência médica é contínua.								

Qin, J. e Prybutok, V. (2012). A quantitative model for patient behavioral decisions in the urgent care industry. *Socio – Economic Planning Sciences*, pp. 1-15.

B) Equidade

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	Os médicos mostraram consideração por mim.							
2	Os médicos deram-me o que eu necessitava.							
3	As normas e regras são claras e estão bem divulgadas.							
4	O Hospital tem em conta as opiniões dos doentes nas decisões que tomam.							
5	O Hospital atua de forma justa.							

Vinagre, M. e Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care, Quality Assurance*, 21(1): pp. 87-103.

C) Imagem

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	A minha impressão geral sobre este Hospital foi boa.							
2	O Hospital tem uma boa reputação.							
3	O Hospital está adaptado às necessidades dos utentes.							

Qin, J. e Prybutok, V. (2012). A quantitative model for patient behavioral decisions in the urgent care industry. *Socio – Economic Planning Sciences*, pp. 1-15.

D) Valor percebido

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	Confio no diagnóstico dos médicos deste Hospital.	Valor de transação						
2	Confio na eficiência dos auxiliares e socorristas deste Hospital.							
3	Confio na eficiência dos enfermeiros deste Hospital.							
4	Os corredores estão sempre limpos.	Valor estético						
5	As casas de banho estão sempre limpas.							
6	Os gabinetes e enfermarias estão sempre limpos.							
7	A ventilação está sempre adequada.	Valor da auto-gratificação						
8	Este Hospital alivia o meu estado de espírito depressivo.							
9	Este Hospital é capaz de afastar os meus pensamentos negativos.							
10	Este Hospital é capaz de eliminar a minha dor.	Valor da eficiência						
11	Neste Hospital tenho atenção personalizada.							
12	Os profissionais de saúde são responsáveis.							
13	Sinto-me satisfeito no pós-tratamento com os médicos.	Valor de aquisição						
14	A assistência médica é eficaz neste Hospital.							
15	Confio nos serviços deste Hospital.							
16	Sinto-me psicologicamente satisfeito com este Hospital.	Valor de aquisição						
17	Vale a pena o dinheiro gasto neste Hospital.							
18	Pago um preço razoável nos serviços deste Hospital.							
19	Os serviços são de qualidade.							

Chahal, H. e Kumari, N. (2011). Consumer Perceived Value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector. *Journal of Relationship Marketing*, 10(2): pp. 88-112

E) Satisfação dos Utentes

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	Os serviços deste Hospital interessam-me.							
2	Sinto-me contente pelos serviços deste Hospital.							
3	Sinto admiração pelos serviços deste Hospital.							
4	Sinto-me furioso com os serviços deste Hospital.							
5	Sinto-me tímido neste Hospital.							
6	A minha escolha de vir a este Hospital foi muito sábia.							
7	Eu acho que eu fiz a coisa certa quando vim a este Hospital.							
8	Eu acho que existe facilidade neste Hospital.							

Cronin, J., Brady, M. e Hult, T. (2000). Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. *Journal of Retailing*, 76(2): pp. 193-218.

F) Envolvimento

Questões		1	2	3	4	5	6	7
1	Os serviços prestados neste Hospital são muito importantes para mim.							

Vinagre, M. e Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care, Quality Assurance*, 21(1): pp. 87-103.

1- Dados pessoais

1.1- Género: Masculino Feminino

1.2- Idade: _____anos

1.3- Habilitações Literárias:

Até ao 4º Ano	<input type="checkbox"/>	Até ao 9º Ano	<input type="checkbox"/>
Até ao 12º Ano	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Pós-graduação	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

1.4- Profissão:

Obrigado pela sua colaboração