



**Rui Diogo
Soares dos Santos**

**Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do
Paciente no Serviço de Urgência**



**Rui Diogo
Soares dos Santos**

**Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do
Paciente no Serviço de Urgência**

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 Daniel Ferreira Polónia, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro, e da Professora Doutora Ana Alexandra da Costa Dias, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Doutora Maria Madalena Gomes Vilas Boas

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industria da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor António Carrizo Moreira

Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industria da Universidade de Aveiro

Doutor Daniel Ferreira Polónia

Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industria da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

O meu obrigado:

Ao Doutor Daniel Polónia, pelo acompanhamento permanente, disponibilidade, orientação e exigência, permitindo que esta dissertação fosse realizada da forma que foi.

Ao Prof. Doutor Vítor Moutinho e Prof.^a Doutora Ana Dias pelo contributo na parte empírica e de revisão de literatura, respetivamente.

Aos quatro hospitais que acolheram o meu estudo e a todos os profissionais que me receberam amavelmente e me proporcionaram as condições necessárias para a recolha de dados.

À minha namorada, pelo apoio incondicional ao longo destes meses e por me ter dado força e motivação para nunca desistir.

Aos meus pais pelo apoio financeiro e motivação ao longo do meu percurso académico.

Aos meus colegas de curso Diogo Lobão e Miguel Vitó pelas tardes de trabalho dedicadas à dissertação e à partilha de dúvidas e opiniões.

Palavras-chave

gestão de qualidade em serviços, satisfação de pacientes, serviços de saúde, serviços de urgência, modelo conceptual.

Resumo

Dado que os instrumentos utilizados para avaliar a satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência apenas se concentram no tratamento hospitalar e por norma negligenciam as necessidades específicas dos pacientes, a presente dissertação visa construir e validar um modelo conceptual que permita identificar o que determina a satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência e qual o seu nível de satisfação com estes serviços. Como tal, procedeu-se à construção de um modelo conceptual com base numa extensa e aprofundada revisão de literatura, com dimensões que permitem avaliar a satisfação dos pacientes no contexto dos Serviços de Urgência. A partir deste modelo, foi construído um questionário que foi aplicado em quatro Serviços de Urgência de hospitais portugueses, entre o mês de Março e Maio de 2015. Após a análise dos dados, obteve-se validação estatística para cinco dimensões antecedentes da satisfação (qualidade do serviço percebida, tempo de espera, valor percebido, equidade e expectativas de satisfação) e para a dimensão posterior à satisfação (lealdade). Observa-se que os pacientes apresentam níveis de satisfação elevados em quase todos os itens do questionário, à exceção de algumas variáveis relacionadas com o valor percebido, onde se registam níveis de insatisfação elevados. Este trabalho conclui-se com um conjunto de sugestões de melhoria para os administradores hospitalares com base nos resultados de satisfação obtidos.

Keywords

the quality management in services, patients satisfaction, health services, urgency services, conceptual model.

Abstract

Since the tools used to evaluate the patients satisfaction in the Emergency Services are only focused in the hospital treatment and the specific needs of the patients are normally neglected, the aim of this dissertation is to create and validate a conceptual model which allows to identify what leads to the patients satisfaction in the Emergency Services as well as their level of satisfaction with these services. Therefore, a conceptual model was created according to an extensive and detailed review of literature, with dimensions which allow to evaluate the patients' satisfaction in the context of the Emergency Services. From this model, it was developed a questionnaire which was applied at four Emergency Services in Portuguese hospitals, between the months of March and June 2015. After the data analysis, it was achieved a statistic validation for five dimensions before the satisfaction (the quality of the perceived service, the waiting time, the perceived value, the equity and the expectations of satisfaction) and for the dimension after the satisfaction (loyalty). We can notice that the patients have high levels of satisfaction in almost all the items of the questionnaire, except in some variables related to the perceived value where there are high levels of dissatisfaction. Finally, according to the results of satisfaction achieved, there are some suggestions of improvement which can be applied by the hospital administrators.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE TABELAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	VII

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	1
-------------------------------------	----------

PARTE I - REVISÃO DO ESTADO DA ARTE

CAPÍTULO 2- A GESTÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL.....	3
2.1- O Sistema de Saúde Português e Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	3
2.2- Perspetiva Atual da Saúde em Portugal	3
2.3- Modelo de Gestão Adotado pelo SNS	5
2.4- Os Serviços Públicos Prestadores de Cuidados de Saúde	6
2.5- Serviço de Urgência em Portugal	8
2.5.1. Sistema de Triagem de Manchester	10
2.6- Conclusão	13

CAPÍTULO 3- A GESTÃO DE QUALIDADE E A SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	15
3.1- Qualidade nos Serviços	15
3.2- Qualidade nos Serviços de Saúde.....	15
3.2.1- Dimensões da Qualidade nos Serviços de Saúde	18
3.3- Serviços de Urgência	20
3.3.1- Qualidade nos Serviços de Urgência.....	21
3.4- Satisfação nos Serviços de Saúde	22
3.5- Estudos de Avaliação da Satisfação.....	25
3.6- Conclusão	30

CAPÍTULO 4- DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEPTUAL	31
4.1- Apresentação do Modelo Conceptual.....	31
4.2- Fundamentação das Dimensões do Modelo Conceptual.....	31

4.2.1- Qualidade do Serviço Percebida	32
4.2.2- Tempo de Espera	36
4.2.3- Valor Percebido	37
4.2.4- Emoções.....	37
4.2.5- Equidade	38
4.2.6- Expectativas de Satisfação	38
4.2.7- Características dos Pacientes.....	39
4.2.8-Lealdade.....	40
4.3- Questionário baseado no Modelo Conceptual e Pré-teste.....	40
4.4- Conclusão	43

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	45
5.1- Objetivo da Investigação Empírica	45
5.2 - Caracterização da Amostra.....	45
5.3- Metodologia Quantitativa	46
5.3.1- Análise Fatorial – Método de Componentes Principais.....	46
5.3.2 – Método de Regressão Linear	49
5.3.3 – Análise Descritiva Correlacional.....	50
CAPÍTULO 6- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
6.1- Validação do Modelo Conceptual	54
6.1.1- Análise de Componentes Principais às Subdimensões da Qualidade do Serviço.....	54
6.1.2- Análise de Componentes Principais às Dimensões Antecedentes da Satisfação	55
6.1.3- Análise de Componentes Principais à Dimensão Posterior da Satisfação.....	57
6.1.4- Análise de Regressão às Dimensões Antecedentes da Satisfação.....	57
6.1.5- Análise de Regressão à Dimensão Posterior da Satisfação	59
6.2- Avaliação da Satisfação dos Pacientes	61
6.2.1- Avaliação da Qualidade do Serviço na Satisfação do Paciente.....	61
6.2.2- Avaliação do Tempo de Espera na Satisfação do Paciente.....	66
6.2.3- Avaliação do Valor Percebido na Satisfação do Paciente	67
6.2.4- Avaliação da Equidade na Satisfação do Paciente.....	68
6.2.5- Avaliação das Expectativas de Satisfação na Satisfação do Paciente	69
6.2.6- Avaliação das Emoções na Satisfação do Paciente.....	69

6.2.7- Avaliação da Satisfação do Paciente na Lealdade	70
6.2.8- Avaliação das Caraterísticas dos Pacientes na Satisfação do Paciente	71
6.2.9- Avaliação da Satisfação Global dos Pacientes	73
6.3- Conclusão	74

PARTE III - CONCLUSÕES FINAIS

CAPÍTULO 7 - CONCLUSÃO	77
7.1- Conclusões da Dissertação	77
7.2- Possíveis Estratégias para a Excelência dos Serviços de Urgência	81
7.3- Potencialidades e Limitações da Dissertação	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

Anexos

Anexo 1- Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados nos Hospitais.....	91
Anexo 2- Um Exemplo dos Consentimentos Informados para os Pacientes	98
Anexo 3 - Um Exemplo do Instrumento de Recolha de Dados aos Pacientes.....	100
Anexo 4- Valores da Distribuição Assimétrica/Simétrica das Variáveis	102
Anexo 5- Valores do Teste de Qui-quadrado	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Organização da Investigação.....	2
Figura 2- Dimensões da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	18
Figura 3- Modelo Conceptual Desenvolvido	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Categorias do Sistema de Triagem de Manchester	11
Tabela 2- Síntese dos Estudos Analisados sobre Avaliação da Satisfação dos Pacientes nos Serviços de Saúde	25
Tabela 3- Questionário Aplicado aos Pacientes	41
Tabela 4- Valores de Referência do KMO	47
Tabela 5- Valores de Referência do Alpha de Cronbach	48
Tabela 6- Análise de Componentes Principais às Subdimensões da Qualidade do Serviço	55
Tabela 7- Análise de Componentes Principais às Dimensões Antecedentes da Satisfação	56
Tabela 8- Análise de Componentes Principais à Dimensão Posterior da Satisfação	57
Tabela 9- Análise de Regressão às Dimensões Antecedentes da Satisfação	59
Tabela 10- Análise de Regressão à Dimensão Posterior da Satisfação	60
Tabela 11- Valores do teste Qui-quadrado para a Dimensão Características do Paciente.....	72
Tabela 12- Valores da média para a Variável Satisfação Global	73
Tabela 13- Valores da Distribuição Assimétrica/Simétrica das Subdimensões da Qualidade do Serviço	102
Tabela 14- Valores da Distribuição Assimétrica/Simétrica das Dimensões Antecedentes da Satisfação	103
Tabela 15- Valores da Distribuição Assimétrica/Simétrica da Dimensão Posterior da Satisfação	103
Tabela 16- Valores do teste de Qui-quadrado para as Variáveis das Subdimensões da Qualidade do Serviço	104
Tabela 17- Valores do teste de Qui-quadrado para as Variáveis das Dimensões Antecedentes da Satisfação	105
Tabela 18- Valores do teste de Qui-quadrado para as Variáveis da Dimensão Posterior à Satisfação	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Percentagem de Atendimentos por Tipologia de Serviço de Urgência em 2014.....	9
Gráfico 2- Admissões registadas no Serviço de Urgência Público nos últimos 4 anos	10
Gráfico 3- Distribuição de Atendimentos de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester em 2014.....	12
Gráfico 4- Distribuição dos Participantes por Faixa Etária	53
Gráfico 5- Distribuição dos Participantes segundo o Sistema de triagem de Manchester	53
Gráfico 6 - Distribuição dos Participantes por Sexo	53
Gráfico 7- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Subdimensão Tangibilidade	62
Gráfico 8- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Subdimensão Eficiência.....	63
Gráfico 9- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Subdimensão Comunicação	64
Gráfico 10- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Subdimensão Profissionalismo	65
Gráfico 11- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Subdimensão Qualidade Técnica	65
Gráfico 12- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Dimensão Tempo de Espera	66
Gráfico 13- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Dimensão Valor Percebido.....	67
Gráfico 14- Nivel de Satisfação dos Pacientes nas Variáveis da Dimensão Equidade	68
Gráfico 15- Nivel de Satisfação dos Pacientes na Variável Expectativas de Satisfação	69
Gráfico 16- Percentagem de Emoções selecionadas pelos Pacientes	70
Gráfico 17- Nivel de Lealdade dos Pacientes	71
Gráfico 18- Nivel de Satisfação por Sexo	72
Gráfico 19- Nivel de Satisfação referente à Escolaridade	73
Gráfico 20- Nivel de Satisfação Global dos Pacientes	73

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACSS	<i>Administração Central do Sistema de Saúde</i>
CSP	<i>Cuidados de Saúde Primários</i>
ERS	<i>Entidade Reguladora de Saúde</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
PIB	<i>Produto Interno Bruto</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
SU	<i>Serviço de Urgência</i>
SUB	<i>Serviços de Urgência Básica</i>
SUMC	<i>Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica</i>
SUP	<i>Serviços de Urgência Polivalente</i>
UE	<i>União Europeia</i>
ULS	<i>Unidades Locais de Saúde</i>
USF	<i>Unidade de Saúde Familiar</i>

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

A qualidade é objeto de forte preocupação no setor dos serviços, mas constitui uma questão ainda mais relevante quando se refere aos cuidados de saúde (Ramsaran-Fowdar, 2005; Gupta, 2008).

De entre os serviços de saúde disponibilizados à população, destacam-se os Serviços de Urgência (VanRooyen et al., 1999), cuja aferição de qualidade é, dadas as suas características, ainda mais árdua de conceptualizar e aferir (Taner & Antony, 2006, cit. por Rashid & Jusoff, 2009) dado que os instrumentos geralmente utilizados para avaliar a satisfação do paciente comportam uma grave falha.

Esta falha reside no facto de estes instrumentos apenas se concentrarem no tratamento hospitalar e negligenciarem as necessidades específicas dos pacientes que se dirigem a um Serviço de Urgência (Hostutler et al, 1999, cit. por Muntlin et al., 2006), tornando-se essencial analisar como os pacientes percecionam os Serviços de Urgência e o que influencia a satisfação do paciente e as suas intenções comportamentais (Qin & Prybutok, 2012).

Neste sentido, a motivação inerente ao desenvolvimento deste trabalho prende-se com o desejo de contribuir para a investigação científica na área da gestão da qualidade nos serviços, num setor cuja investigação ainda é escassa (Qin & Prybutok, 2012). Como tal, a presente investigação tem como objetivo colmatar as falhas mencionadas, através da construção e validação de um modelo conceptual que permita identificar o que determina a satisfação dos pacientes e qual o seu nível de satisfação perante os Serviços de Urgência incluídos neste estudo.

Deste modo, procedeu-se, numa fase inicial, a uma profunda revisão do estado de arte que possibilitou identificar as dimensões relevantes para a construção do modelo conceptual e, numa fase posterior, à aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário), desenhado com base no modelo desenvolvido. Os dados recolhidos, segundo a metodologia quantitativa, foram seguidamente submetidos a várias análises estatísticas, cujos resultados permitiram concluir que a satisfação é um construto multidimensional antecedido por cinco dimensões (qualidade do serviço percebida, tempo de espera, valor percebido, equidade e expectativas de satisfação) e por uma dimensão posterior (lealdade). Paralelamente, concluiu-se que o nível de satisfação dos pacientes é elevado, existindo apenas alguns itens que podem ser melhorados.

Como se pode verificar na figura 1, a presente investigação encontra-se dividida em três partes principais: a revisão do estado da arte (capítulo 2, 3 e 4), o estudo empírico (capítulo 5 e 6) e as conclusões finais (capítulo 7).

A revisão do estado da arte abrange o capítulo 2, com uma breve panorâmica sobre a forma como é gerido o setor da saúde em Portugal, o capítulo 3, com a descrição dos conceitos de gestão da qualidade e de satisfação dos pacientes nos serviços de saúde e, por fim, o capítulo 4, que se dedica exclusivamente ao desenvolvimento do modelo conceptual com base na informação recolhida nos capítulos anteriores.

O estudo empírico é efetuado ao longo do capítulo 5, com a descrição da metodologia de investigação e do capítulo 6, onde consta a análise dos resultados para a validação do modelo conceptual e a análise dos resultados relativos à avaliação da satisfação dos pacientes.

Por último, são apresentadas as conclusões finais no capítulo 7, sendo apresentadas possíveis estratégias para atingir a excelência nos SU e discutidas as potencialidades e eventuais limitações desta investigação.

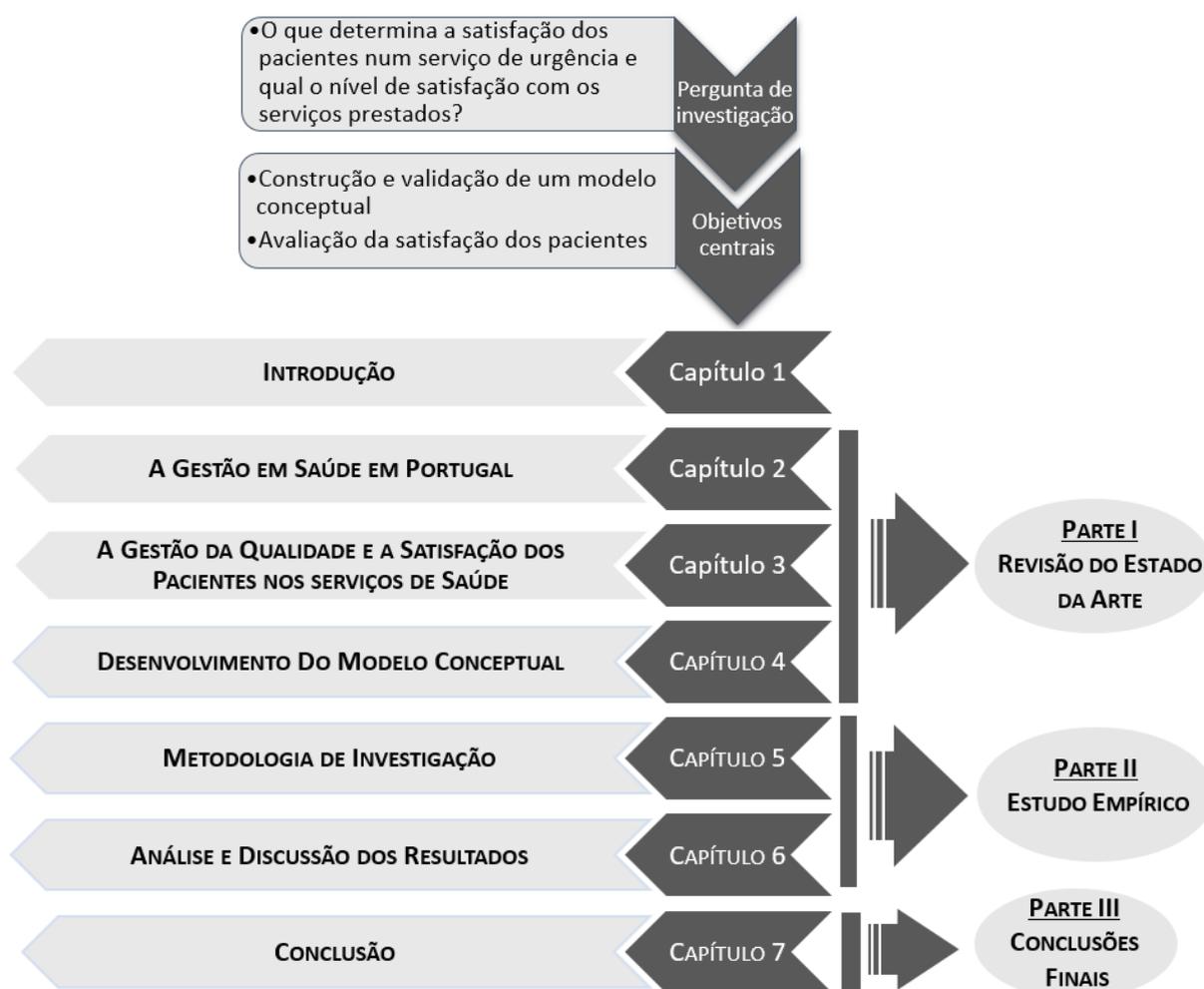


Figura 1- Organização da investigação

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO 2- A GESTÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL

2.1- O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)

O sistema de saúde português é composto por uma vertente pública, onde se salienta o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e uma vertente privada, constituída por empresas e organizações que podem, ou não, ter fins lucrativos (Campos & Simões, 2011).

Embora a maioria dos cuidados de saúde em Portugal estejam organizados em torno do setor público, desde o início deste século que se tem vindo a assistir a uma mudança de paradigma no sistema de saúde português. Dado que os pacientes estão mais preocupados com a saúde e exigem serviços mais sofisticados, o setor privado começou a crescer e a tornar-se mais atraente do ponto de vista clínico e financeiro, levando a um aumento da oferta que por sua vez proporcionou um maior poder de escolha aos pacientes (Eiriz & Figueiredo, 2005).

No entanto, o SNS, cuja criação em 1979 representou uma mudança completa no cenário da saúde em Portugal e permitiu que nos aproximássemos dos direitos e dos resultados presentes na Europa (Alves, 2014), continua a desempenhar um papel fundamental nos cuidados de saúde, uma vez que é responsável pelo suporte a 75% da população que não tem meios para optar pelo sistema privado. Como tal, regista-se, diariamente, uma afluência de mais de um milhão de pessoas ao serviço público de saúde (Campos & Simões, 2011), tendo-se registado uma melhoria do acesso a cuidados de saúde em 2014, ano em que o SNS manteve a tendência de crescimento da produção assistencial nas suas principais áreas de atividade, com realce para a área hospitalar, com 11,8 milhões de consultas e um número de doentes operados sem precedentes, 549.560. Na área dos cuidados de saúde primários registaram-se mais de 7 milhões de utilizadores e 28,7 milhões de consultas realizadas (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

Procedendo à comparação entre despesa e resultados, sabe-se que em Portugal o valor de despesa total em saúde no ano de 2012 foi de 10,2% do PIB, sendo 6,7% deste valor referente ao setor público e 3,6% ao setor privado (ACSS, 2015).

2.2- PERSPETIVA ATUAL DA SAÚDE EM PORTUGAL

Durante os anos de 2009, 2011 e 2012, Portugal passou por recessões, decorrentes de vários anos de abrandamento da sua economia, tendo sido registadas contrações do PIB de -2,9%, -1,6% e -3,2%, respetivamente (Perelman, Felix, & Santana, 2014). Devido à crise de dívida pública

enfrentada pelo governo português, existiu a necessidade de um resgate financeiro, executado pela Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu. Como contrapartida, Portugal assinou, no ano de 2011, o Memorando de Entendimento, através do qual se comprometeu a executar diversas medidas (Barros, 2012; Perelman et al., 2014) que visam a redução dos gastos públicos (Perelman et al., 2014).

Neste sentido, uma das medidas que mereceu especial atenção foi a necessidade de poupar 664 milhões de euros no setor da saúde, dado que o sistema de saúde português se encontra organizado em torno de um SNS que é financiado maioritariamente através do Orçamento de Estado (Barros, 2012). Esta poupança tinha como objetivos aumentar a eficiência e a eficácia do SNS, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas: gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); e gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais (Governo de Portugal, 2011).

De acordo com Barros (2012) o Memorando de Entendimento não se foca apenas em medidas que permitem reduzir as despesas a curto prazo, pois a intenção é criar mecanismos que permitam, no futuro, controlar os gastos no setor público da saúde, implementando sistemas de avaliação do desempenho de instituições e profissionais, potenciando o uso de forças de concorrência nos concursos públicos e introduzindo um conjunto de práticas de transparência e de informação na evolução do SNS. No entanto, durante o ano de 2012, o mesmo autor refere que ainda não era possível conhecer o impacto das políticas implementadas na área da saúde.

Passados dois anos, Perelman *et al* (2014) referem que o impacto da recessão e da austeridade na utilização dos cuidados de saúde é influenciada por efeitos do lado da procura (relacionados com as variações no orçamento da população e da saúde) e da oferta (relacionados com orçamentos mais apertados dos hospitais e redução da sua capacidade).

Destacando os efeitos da oferta relacionados com o orçamento, verifica-se que a pressão exercida para a contenção de custos pode ter conduzido os hospitais a reduzir as suas ineficiências, mas também a descuidar aspetos relacionados com a qualidade (e.g. diminuição da capacidade para tratar casos sem carácter de urgência, redução do tempo de permanência dos pacientes e diminuição do número de internamentos) (Perelman et al., 2014).

Do mesmo modo, os cortes efetuados no setor da saúde, refletidos na escassez de contratação, baixos salários, remuneração não relacionada com o desempenho e pobres perspectivas de carreira, têm contribuído para a emigração dos profissionais de saúde portugueses, especialmente de enfermeiros, que elegem o Reino Unido e os EUA como países de destino (Ribeiro

et al., 2014). Assim, a realidade conhecida no início de 1990 alterou-se drasticamente e, atualmente, em vez de se registar um fluxo de profissionais de saúde estrangeiros a entrar em Portugal, assiste-se à saída de profissionais de saúde portugueses para o estrangeiro.

Curiosamente, embora se assista à saída de profissionais deste setor para outros países, o número atual de profissionais de saúde em Portugal, especialmente de médicos de clínica geral, não é suficiente para fazer face à procura (Ribeiro et al., 2014). Esta escassez de médicos de clínica geral poderá comprometer a utilização de cuidados de saúde primários no nosso país. Assim sendo, o reforço dos cuidados de saúde primários devem ser uma prioridade para assegurar o tratamento precoce das patologias e promover uma utilização mais racional dos recursos hospitalares. Paralelamente, dado o contexto de dificuldades financeiras e falta de capacidade dos hospitais, deve ser empregue especial atenção na qualidade do atendimento prestado aos pacientes (Perelman et al., 2014).

2.3- MODELO DE GESTÃO ADOTADO PELO SNS

Com o intuito de criar uma rede de proteção social que minimizasse as tensões sociais e políticas e, ao mesmo tempo, possibilitasse melhorar os níveis de saúde das populações, surgiram durante o século XX na Europa, dois grandes modelos de sistemas de saúde, nomeadamente, o modelo bismarckiano e o modelo beveridgeano. Ambos os modelos diferem na forma como captam os recursos financeiros e como organizam a prestação dos cuidados de saúde (Campos & Simões, 2011).

Deste modo, o modelo bismarckiano pode ser equiparado a um seguro social (Göpffarth & Henke, 2013), através do qual empregados e empregadores descontam para seguros de doença (Simões, 2004; Stevens & Van der Zee, 2008; Göpffarth & Henke, 2013), sendo a prestação dos cuidados de saúde pública e privada (Simões, 2004). Este modelo apresenta como principal limitação o facto de ser difícil controlar os custos, devido à inexistência de um centro de poder que efetue este controlo (Van der Zee & Kroneman, 2007).

Por sua vez, o modelo beveridgeano é um sistema sustentado essencialmente por receitas fiscais e por serviços públicos (Lameire, Joffe, & Wiedemann, 1999; Simões, 2004; Stevens & Van der Zee, 2008), estando, portanto, associado a uma forte influência do Estado (Van der Zee & Kroneman, 2007; Stevens & Van der Zee, 2008). A principal limitação deste modelo é o risco de subfinanciamento, uma vez que os cuidados de saúde competem por financiamento público com outros setores, como por exemplo, a educação e os transportes (Van der Zee & Kroneman, 2007).

Em Portugal, o modelo adotado em 1979 para o Serviço Nacional de Saúde foi o modelo Beveridgeano, que foi marcado por fortes pressupostos ideológicos (Simões, 2004; Campos & Simões, 2011) e que substituiu o anterior modelo Bismarkiano de caixas de previdência (Van der Zee & Kroneman, 2007; Stevens & Van der Zee, 2008).

No modelo adotado por Portugal, o Estado oferece serviços públicos de saúde que têm como principal fonte de financiamento os impostos (Van der Zee & Kroneman, 2007; Stevens & Van der Zee, 2008; Simonet, 2010). Desta forma, o SNS que é caracterizado por ser universal e tendencialmente gratuito, é financiado por impostos (que incidem sobre o rendimento dos cidadãos e das empresas) e por taxas moderadoras, tendo estas uma contribuição muito reduzida em termos percentuais para o financiamento.

Embora o modelo Beveridgeano ofereça cuidados de saúde a um preço razoável, não consegue evitar os perigos da má qualidade (Cichon & Normand, 1994). Neste sentido, existem evidências que pacientes em países que adotaram o modelo Bismarkiano se encontram substancialmente mais satisfeitos do que os pacientes dos países com modelo Beveridgeano (Van der Zee & Kroneman, 2007). Contudo, importa salientar que apesar de o modelo Bismarkiano possibilitar o alcance de um elevado patamar de qualidade, não pode garantir cuidados de saúde a um preço acessível. Assim sendo, a oportunidade de atingir uma base financeira confiável de serviços de saúde, pode passar pela utilização de uma combinação de ambos os modelos (Cichon & Normand, 1994).

2.4- OS SERVIÇOS PÚBLICOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os serviços públicos prestadores de cuidados de saúde em Portugal estão organizados essencialmente em duas tipologias distintas: centros de saúde e hospitais públicos (Simões, 2004).

O centro de saúde corresponde a “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e dirige-se ao indivíduo, à família e à comunidade” (Simões, 2004). Neste sentido, os centros de saúde desenvolvem atividades pertencentes às categorias de medicina geral e familiar e saúde pública e são considerados prestadores de cuidados de saúde primários, pelo facto de serem o primeiro nível de contacto dos cidadãos e das famílias com os serviços de saúde, correspondendo, portanto, à base do sistema de saúde (Simões, 2004; Campos & Simões, 2011).

Ao cidadão é-lhe concedida liberdade para optar pelo centro de saúde no qual pretende que lhe sejam prestados os cuidados de saúde primários, sendo, contudo, dada prioridade aos habitantes da área geográfica, caso se verifique escassez de recursos (Campos & Simões, 2011).

Assim, na prática, e dadas as limitações existentes, não existe uma efetiva liberdade de escolha no que respeita aos cuidados de saúde primários.

Em 2003, com a criação da rede de cuidados de saúde primários, surge uma nova conceptualização dos centros de saúde, referindo a não obrigatoriedade do diretor ser médico e abrangendo quatro unidades distintas, nomeadamente, os cuidados médicos, o apoio à comunidade e enfermagem, a saúde pública e a gestão administrativa (Simões, 2004).

Atualmente as unidades de saúde familiar (USF) desempenham um papel de extrema importância na prestação de cuidados de saúde primários, disponibilizando equipas multiprofissionais com uma dimensão média de 20 a 25 elementos por equipa que têm como objetivo responder às necessidades de saúde de um conjunto de utentes (Nunes et al., 2012).

Por sua vez, os hospitais públicos são “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação e compete-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (Campos & Simões, 2011).

Atualmente, Portugal dispõe de hospitais públicos com dois tipos de regime jurídico: os hospitais do setor público administrativo e os hospitais entidade pública empresarial. Os primeiros referem-se a estabelecimentos públicos, com personalidade jurídica e financeira, podendo ou não ter autonomia patrimonial. Já os segundos correspondem a estabelecimentos públicos, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (Barros & Gomes, 2002). No passado recente, tem-se vindo a verificar uma adoção mais significativa do segundo tipo de regime, em detrimento do primeiro.

De acordo com Campos e Simões (2011), existiam, em 2009, no SNS 86 hospitais, estando estes geograficamente acessíveis para cerca de 88% da população, pelo facto de residirem a menos de trinta minutos destes estabelecimentos. No entanto, embora não chegue a 1% da população, registaram-se casos em que os pacientes residiam a mais de 60 minutos dos hospitais, sendo as regiões do interior do país as mais afetadas (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011).

Devido à necessidade de garantir uma eficiente e eficaz interligação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares, procedeu-se à articulação destes níveis de cuidados de saúde. Com esta articulação, pretendia-se que os cidadãos fossem melhor orientados dos cuidados primários para os cuidados hospitalares, assegurando uma melhor adequação dos cuidados hospitalares e posterior regresso para os cuidados primários (Campos & Simões, 2011).

Deste modo, surgiram as ULS que podem ser descritas como uma entidade única que é responsável pelo estado de saúde de uma dada população, tendo como objetivo assegurar a

prestação de cuidados de saúde integrados, um grande nível de eficiência, qualidade e satisfação do paciente, através da gestão dos diferentes níveis de prestação de cuidados e da articulação em rede de todos os elementos envolvidos (ERS, 2015).

2.5- SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PORTUGAL

Os Serviços de Urgência em Portugal são definidos pelo Ministério da Saúde “como serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” e apresentam três níveis de resposta que diferem no conjunto de valências médicas e requisitos técnicos (humanos e materiais) que possuem: Urgência Polivalente, Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência Básica (Ministério da Saúde, 2007).

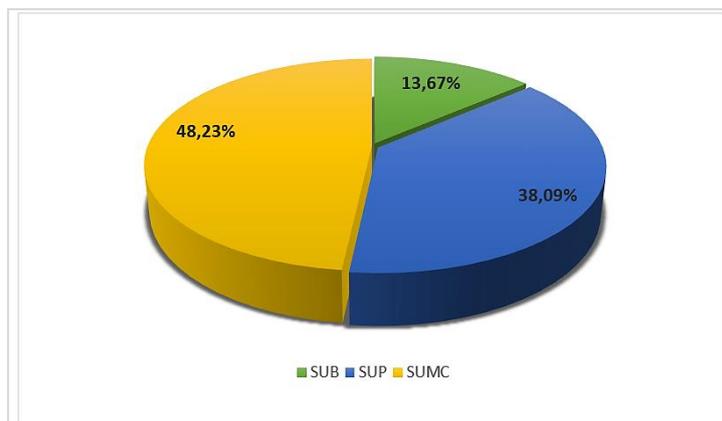
A Urgência Polivalente localiza-se geralmente num hospital central ou num centro hospitalar e corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à condição de urgência, dispondo de vários recursos e sendo possível a articulação com valências e urgências específicas (e.g., psiquiatria, pediatria) (Ministério da Saúde, 2006).

Por outro lado, a Urgência Médico-Cirúrgica refere-se a um segundo nível de acolhimento em casos de urgência e deve estar localizada num local estratégico inserido numa área de influência, de modo a evitar que a distância entre o local de doença ou de acidente e o hospital seja superior a 60 minutos. No mesmo sentido, este nível de resposta não deve ficar a mais de 60 minutos de outro serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente (Ministério da Saúde, 2006).

Por fim, a Urgência Básica representa o nível de cariz médico e está, regra geral, localizada numa área de influência que compreende um grande número de habitantes, sendo que para uma parte destes habitantes, o acesso a este nível de resposta é superior a 60 minutos comparativamente ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Polivalente mais próximo (Ministério da Saúde, 2006).

Tal como ilustra o Gráfico 1 relativamente ao ano de 2014, os serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) foram a tipologia de Serviços de Urgência mais procurada (48,2% dos episódios de urgência), sendo seguidos pelos Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e pelos Serviços de Urgência Básica (SUB). No entanto, importa salientar que a oferta destas tipologias de Serviços de Urgências é dominada pelos SUB (18 administrados ao nível dos CSP e 22 administrados por hospitais), sendo que os SUMC são 30 e os SUP 14 (ACSS, 2015).

Gráfico 1- Percentagem de atendimentos por tipologia de serviço de urgência em 2014



Fonte: Elaboração própria com base ACSS (2015)

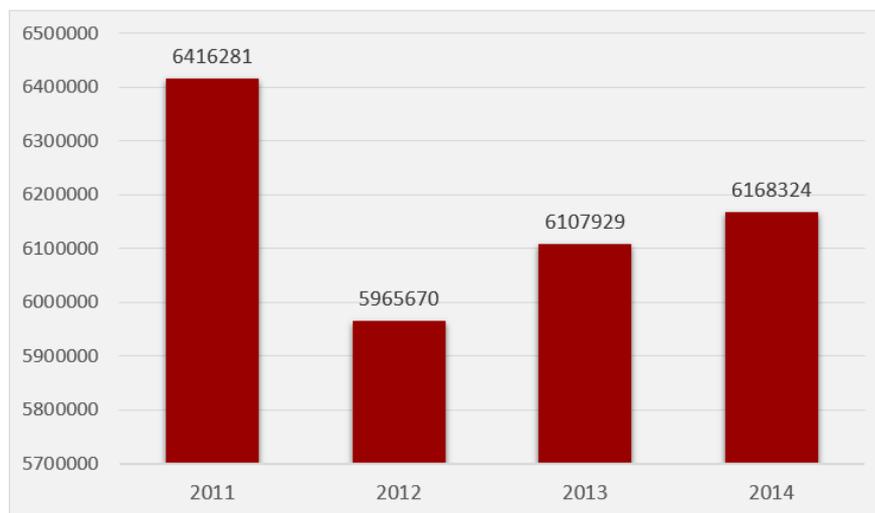
De acordo com alguns autores, os Serviços de Urgência portugueses são utilizados de forma excessiva (Barros, 2012; Campos, 2014), sendo que, segundo o Sistema de Triagem de Manchester, utilizado nos hospitais do SNS, cerca de 40% das ocorrências referem-se a situações não urgentes (classificadas com cor azul e verde) que poderiam receber atendimento adequado nos cuidados primários (Barros, 2012).

Geralmente, a utilização dos Serviços de Urgência para casos não urgentes é efetuada por uma população relativamente jovem e principalmente urbana que recorre aos serviços pela conveniência de horários (24 horas por dia, durante 7 dias por semana) e pelo facto de estes serviços lhes permitirem, caso necessário, realizar exames médicos num mesmo local (Barros, 2012).

Neste sentido, face aos compromissos que o Governo português assumiu no Memorando de Entendimento, foram definidas novas taxas de utilização dos Serviços de Urgência, com o intuito, não só de controlar as despesas, mas também de induzir uma utilização racional dos serviços (Barros, 2012).

Embora a utilização dos Serviços de Urgência seja excessiva (Campos, 2014), a evolução do número de admissões nestes serviços, durante o ano de 2014, nos hospitais públicos, é caracterizada pela estabilidade face aos registos de 2013, tendo-se realizado cerca de 6 milhões de admissões, tal como pode ser verificado no Gráfico 2 que ilustra o registo de admissões nos últimos 4 anos (ACSS, 2015).

Gráfico 2- Admissões registadas no serviço de urgência público nos últimos 4 anos



Fonte: Elaboração própria com base em ACSS (2015)

Por último, é importante salientar o paradoxo existente nos Serviços de Urgência que consiste no facto de terem sido dos primeiros serviços a ser informatizados, mas no qual permanece a impossibilidade de aceder a dados integrados que permitam supervisionar indicadores de desempenho da rede de urgências, para identificar serviços de exceção e serviços com maus resultados (Campos, 2014).

2.5.1. SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Triagem é o termo utilizado para definir a avaliação que é realizada aos pacientes que recorrem aos Serviços de Urgência, de modo a dar prioridade aos pacientes com problemas mais urgentes e com necessidade de atendimento imediato (Qureshi, 2010, cit. por Ganley & Gloster, 2011). Dado que a condição clínica do paciente pode alterar-se rapidamente, a triagem constitui-se como um processo dinâmico que permite que os pacientes sejam encaminhados para a área de avaliação ou de tratamento clínico mais adequada (Robertson-Steel, 2006, cit. por Ganley & Gloster, 2011). Desta forma, a triagem corresponde a um sistema de gestão de risco clínico que é utilizado para gerir, com segurança, o fluxo de pacientes quando a necessidade clínica excede a capacidade dos serviços (Ganley & Gloster, 2011).

Neste sentido, existem diversos sistemas de triagem que permitem, num curto espaço de tempo, atribuir prioridades e encaminhar os pacientes para o local de tratamento apropriado, como são exemplo, o *Emergency Severity Index* (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010;

Storm-Versloot, Ubbink, Kappelhof, & Luitse, 2011), a *Canadian Triage and Acuity Scale*, a *Australian Triage Scale*, e o Sistema de Triagem de Manchester (Christ et al., 2010; Ganley & Gloster, 2011; Storm-Versloot et al., 2011).

O Sistema de Triagem de Manchester foi desenvolvido no Reino Unido, no ano de 1996, por um conjunto de especialistas em cuidados de urgência (Santos, Freitas, & Martins, 2013), nomeadamente, o Grupo de Triagem de Manchester (Roukema et al., 2006). Este sistema é amplamente utilizado nos Serviços de Urgência do Reino Unido (Speake, Teece, & Mackway-Jones, 2003), estando a ganhar expressão em outros países da Europa (Speake et al, 2003; Roukema et al., 2006), tais como: Noruega, Suécia, Holanda, Alemanha, Áustria, Espanha, Eslovénia e Portugal. No caso português, todos os Serviços de Urgência do SNS implementaram o Sistema de Triagem de Manchester (Santos et al., 2013).

Este sistema é baseado num algoritmo com 52 fluxogramas que possibilitam categorizar, segundo seis discriminadores-chave (risco de vida, hemorragia, dor, nível de consciência, temperatura e tempo desde o início da lesão ou da doença), o problema do paciente em cinco categorias distintas (Christ et al., 2010; Ganley & Gloster, 2011; Storm-Versloot et al., 2011). Tal como se pode ver na Tabela 1, cada categoria é identificada com uma cor diferente (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) (Roukema et al., 2006; Ganley & Gloster, 2011), estando esta cor associada ao nome da categoria (não-urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente, emergente) e ao tempo máximo que o paciente deve esperar até ser consultado (4 horas, 2 horas, 1 hora, 10 minutos, 0 minutos) (Roukema et al., 2006; Ganley & Gloster, 2011; Santos et al., 2013). Em Portugal, para além destas categorias, existe uma outra que é identificada com cor branca e designada por “sem critério”, sendo utilizada em casos considerados sem gravidade para serem atendidos no Serviço de Urgência.

Tabela 1- Categorias do Sistema de Triagem de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo máximo para ser visto
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	1 hora
4	Pouco urgente	Verde	2 Horas
5	Não urgente	Azul	4 Horas

Fonte: Elaboração própria com base em Ganley & Gloster (2011)

Dada a importância da triagem, é necessário que os enfermeiros responsáveis por este processo possuam conhecimentos especializados e experiência num vasto leque de doenças e

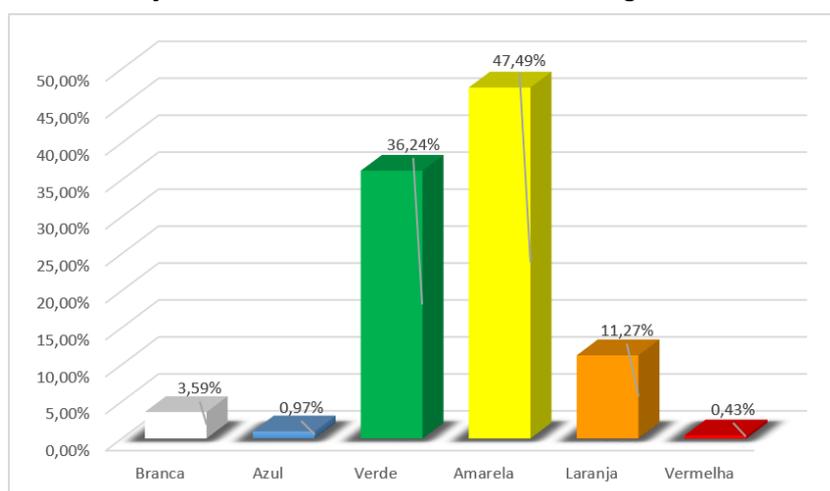
lesões, uma vez que a triagem requer, destes profissionais, uma excelente comunicação, capacidade de avaliação e conhecimento relativamente aos princípios legais que suportam a sua prática. Deste modo, a tomada de decisão destes profissionais envolve três fases: a identificação do problema, a determinação das alternativas e a seleção da alternativa mais adequada (Ganley & Gloster, 2011).

O Sistema de Triagem de Manchester é um instrumento que demonstra sensibilidade em identificar pacientes que chegam ao Serviço de Urgência com uma condição grave e que, posteriormente, necessitam de cuidados intensivos (Cooke & Jinks, 1999). Da mesma forma, este sistema tem-se mostrado sensível a identificar pacientes com dores no peito que constituem um elevado risco cardíaco (Speake et al., 2003). Assim, visto que estas dificuldades podem resultar de problemas na formação dos profissionais (Cooke & Jinks, 1999), é necessário verificar se formação adicional poderá melhorar a questão da sensibilidade (Speake et al., 2003).

Desta forma, a triagem é um processo vital que permite garantir que os pacientes recebem um tratamento adequado e oportuno, garantido, assim, uma melhor prática e a redução de possíveis efeitos adversos para o paciente (Ganley & Gloster, 2011).

Segundo dados relativos ao Sistema de Triagem de Manchester em Portugal, verifica-se um elevado número de atendimentos a pacientes que são triados com cor branca, azul e verde, ou seja, pacientes que poderiam ser observados em outros níveis de cuidados, por exemplo, ao nível dos cuidados de saúde primários. Contudo, durante o ano de 2014, registou-se uma diminuição destes atendimentos para 40,8%, quando em 2013 este valor era superior a 42% (ACSS, 2015).

Gráfico 3- Distribuição de atendimentos de acordo com a Triagem de Manchester em 2014



Fonte: Elaboração própria com base em ACSS (2015)

2.6- CONCLUSÃO

Em Portugal, a maior parte dos cuidados de saúde são prestados pelo setor público, sendo este responsável pelo suporte a 75% da população que não tem recursos para optar pelo setor privado. No entanto, três anos de forte recessão e problemas de financiamento obrigaram a uma redução dos gastos públicos. Como tal, foi fixado como necessário efetuar uma poupança de 664 milhões de euros no setor da saúde em sede de Orçamento de Estado.

Podendo o processo entabulado para alcançar este objetivo ter permitido que os hospitais reduzissem as suas ineficiências, pode simultaneamente ter implicado cortes na qualidade e conduzido os profissionais de saúde portugueses a emigrar para países com melhores condições de trabalho. No entanto, o número de profissionais de saúde em Portugal, especialmente de médicos de clínica geral, é insuficiente para fazer face à procura, o que pode comprometer a utilização dos cuidados de saúde primários e consequentemente sobrecarregar os hospitais.

Deste modo, os Serviços de Urgência, cujo objetivo consiste em prestar cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médica, são utilizados de modo excessivo por pacientes com patologias não urgentes (classificados com pulseira branca, azul e verde segundo o Sistema de Triagem de Manchester), prejudicando desta forma o tratamento dos casos mais urgentes e colocando pressão no sistema face à escassez de recursos (humanos, organizacionais e materiais) e que tem tido consequências sérias ao nível de satisfação dos profissionais e dos pacientes utilizadores deste tipo de serviços.

CAPÍTULO 3- A GESTÃO DA QUALIDADE E A SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1- QUALIDADE NOS SERVIÇOS

O conceito de qualidade nos serviços tem vindo a ser recorrentemente abordado, tanto por profissionais como por académicos, ao longo dos últimos anos (Hong Qin, 2009; Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015) e tem sido definido como um fator essencial para o sucesso de uma empresa e para que esta se possa destacar das empresas concorrentes. Desta forma, existem evidências de que uma boa qualidade nos serviços conduz à retenção e atração de novos clientes, à redução de custos, ao reforço da imagem da empresa e à divulgação da experiência de uma forma positiva junto de outros clientes. Para além disso, uma boa qualidade nos serviços poderá ser sinónimo de maior rentabilidade da organização (Ghobadian, Speller & Jones, 1993; Ladhari, 2009).

Neste sentido, as empresas têm-se concentrado em melhorar os seus serviços, com o intuito de verificar o impacto da qualidade nos seus resultados. Assiste-se, assim, a uma mudança na atitude das empresas que passam a visar a promoção dos resultados financeiros, adotando como principal estratégia programas de melhoria dos serviços (Rust & Zahorik, 1993; Zeithaml, 2000).

Embora as empresas estejam cada vez mais focadas na qualidade nos serviços, este continua a ser um conceito abstrato, sendo, portanto, difícil de definir e medir (Cronin & Taylor, 1992). Ladhari (2009) defende que o termo de qualidade nos serviços implica a distinção entre qualidade objetiva e qualidade percebida. A primeira refere-se a uma avaliação centrada em padrões pré-determinados que sejam mensuráveis e verificáveis (Ladhari, 2009) e a segunda corresponde a um julgamento geral que o cliente faz do serviço (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988; Sureshchandar, Rajendran, & Anantharaman, 2002; Ladhari, 2009). Embora o conceito geral de qualidade nos serviços não seja consensual, existe, entre os vários autores, consenso relativamente à definição de qualidade percebida (Hong Qin, 2009).

3.2- QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade é objeto de forte preocupação na maioria dos setores dos serviços, mas constitui uma questão ainda mais relevante no setor dos cuidados de saúde (Ramsaran-Fowdar, 2005;

Gupta, 2008). Desta forma, os serviços de saúde ocupam uma posição única relativamente a outros serviços, pelo que a tarefa de conceptualizar e medir a qualidade nos serviços é ainda mais importante, mas também mais complexa (Taner & Antony, 2006, cit. por Rashid & Jusoff, 2009), sendo que alguns profissionais de saúde consideram que o conceito de gestão da qualidade é adequado para a indústria de transformação baseada em produtos tangíveis, mas não para o contexto dos cuidados de saúde enquanto serviço intangível (Tomes & Ng, 1995).

Esta dificuldade de definir e medir a qualidade decorre das características inerentes aos serviços de saúde: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade e simultaneidade. Os serviços de saúde são intangíveis, pois não podem ser tocados, vistos, contados e medidos (Mosadeghrad, 2013). Por outro lado, apresentam heterogeneidade, porque são prestados por seres humanos que são menos previsíveis do que as máquinas (Youssef, Nel, & Bovaird, 1996) e possuem características pessoais diferenciadoras (e.g. educação, formação, experiência, capacidades individuais e personalidade). Para além disso, a prestação dos serviços de saúde depende das diferentes necessidades dos pacientes, do lugar e do tempo, sendo efetuados no momento da sua prestação de forma inseparável e impossibilitando o seu armazenamento para consumo futuro (Mosadeghrad, 2013). Por último, apresentam simultaneidade, pois são produzidos e consumidos em simultâneo (Youssef et al., 1996), o que impossibilita que o paciente avalie a qualidade antes da compra (Mosadeghrad, 2013).

Torna-se, então, especialmente importante identificar elementos que constituem a qualidade nos serviços de saúde, no sentido de conceptualizar e desenvolver um sistema global, universal e preciso que permita medir a qualidade no serviço prestado pelos hospitais e profissionais de saúde (Gupta, 2008).

Embora os profissionais de saúde, principalmente os médicos, tenham tido (e ainda tenham) capacidade para determinar o tipo e volume de serviços, a quem são dirigidos e em que configurações são prestados (Sofaer & Firminger, 2005), as expectativas dos pacientes têm vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, tendo-se assistido a um aumento do consumo de serviços de saúde e do poder de escolha do paciente.

Desta forma, sabendo-se que a qualidade nos serviços de saúde influencia o sucesso e a rentabilidade a longo prazo dos prestadores de cuidados de saúde (Ramsaran-Fowdar, 2005; Qin & Prybutok, 2012), torna-se essencial recolher informações sobre as necessidades, expectativas e perceções dos pacientes, no sentido de ajustar os serviços aos pacientes e não os pacientes aos serviços (Rashid & Jusoff, 2009). Isto é especialmente importante, pois existem evidências de que a perceção dos pacientes relativamente à qualidade nos serviços de saúde influencia fortemente a

escolha do prestador de cuidados de saúde (Rashid & Jusoff, 2009; Gupta, 2008). Para além disso, se os prestadores de cuidados de saúde garantirem uma boa qualidade dos serviços, será mais simples atingirem vantagem competitiva sustentável num ambiente que se prevê cada vez mais exigente (Liu, Kim, Chen, & An, 2010).

Segundo Schuster, McGlynn e Brook (1998) pode definir-se qualidade nos serviços de saúde em duas categorias opostas. A primeira corresponde à prestação competente dos serviços apropriados aos pacientes, com boa comunicação, tomada de decisão partilhada entre profissional e paciente e ainda com sensibilidade cultural para as especificidades do paciente. Por outro lado, a má qualidade de saúde pode envolver um cuidado excessivo com indução artificial da procura de cuidados de saúde (McGuire & Pauly, 1991) (e.g. prescrição de medicamentos e exames desnecessários ao processo de tratamento), pouco cuidado na prestação do serviço (e.g. não prescrevendo um procedimento cirúrgico ou teste de diagnóstico) ou a realização do serviço de forma errada (e.g. diagnóstico incorreto, prescrição de medicamentos inadequados ao problema a ser tratado ou que possam causar reações adversas no paciente) (Schuster et al., 1998).

Os erros médicos são mais prováveis de ocorrer em unidades de cuidados intensivos, salas de operação e serviços de urgência (Gupta, 2008) e podem ser caracterizados como a incapacidade de concluir uma ação planeada como o previsto ou o uso de um plano errado para alcançar um objetivo (Richardson et al., 1999), sendo que os mais comuns são a prescrição incorreta de medicamentos, lesões cirúrgicas, cirurgia em local errado, confusão de identidade dos pacientes ou lesões, podendo, em casos limite, ter como consequência a morte (Gupta, 2008).

Embora, para alguns profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, possa ser ofensivo falar-se num serviço com “zero defeitos” (Tomes & Ng, 1995) dada a conotação do termo com ambientes industriais de produção em massa, as falhas e os defeitos na prestação do serviço podem traduzir-se em custos extremamente elevados para os serviços de saúde e podem ser angustiantes para os pacientes afetados (Youssef et al., 1996), para além de que diminuem a confiança no sistema de saúde e diminuem a satisfação por parte dos pacientes e dos profissionais de saúde (Gupta, 2008).

Por estes motivos, os serviços de saúde devem trabalhar para proporcionar serviços livres de erros (Youssef et al., 1996; Pakdil & Harwood, 2005), desenvolvendo esforços contínuos para melhorar a qualidade dos serviços prestados (Lim & Tang, 2000, cit. por Rashid & Jusoff, 2009), através do planeamento de soluções e alternativas mais viáveis que possibilitem enfrentar desafios futuros (Richardson et al., 1999).

3.2.1- DIMENSÕES DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Donabedian (1980, cit. por Thawesaengskulthai et al., 2015) sugeriu que a qualidade nos serviços de saúde pode ser avaliada com base em três dimensões: estrutura, processo e resultados.

A estrutura avalia os atributos do ambiente em que ocorrem os cuidados, incluindo os recursos materiais (e.g. instalações, equipamentos e recursos financeiros), humanos (e.g. número e qualificação dos profissionais) e organizacionais (e.g. métodos de reembolso, organização médica e de pessoal).

O processo reflete o que é realmente feito para dar e receber cuidados e inclui as atividades do paciente na procura de ajuda e na sua concretização e as atividades do médico para efetuar o diagnóstico e recomendar ou implementar um tratamento (Donabedian, 1998). Por outras palavras, o processo avalia as interações entre os pacientes e os médicos (Schuster et al., 1998) e inclui atributos como a capacidade de resposta, simpatia, cortesia, empatia, competência e disponibilidade (Sofaer & Firminger, 2005).

Por fim, os resultados ilustram os efeitos que os cuidados tiveram sobre o estado de saúde dos pacientes (Donabedian, 1998; Schuster et al., 1998), incluindo a redução ou resolução dos sintomas, melhoria do funcionamento ou a resolução de problemas subjacentes (Sofaer & Firminger, 2005).

Assim, uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado (Donabedian, 1988).

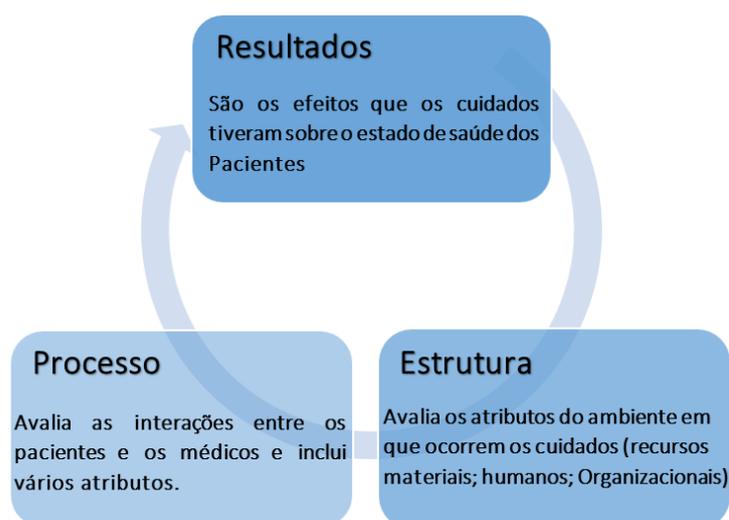


Figura 2- Dimensões da qualidade nos serviços de saúde

Fonte: Elaboração própria com base em Donabedian (1980)

Utilizando outra abordagem, Grönroos (1984) propôs que a qualidade nos serviços de saúde seja dividida em duas dimensões: qualidade técnica e qualidade funcional.

A qualidade técnica é descrita com base no rigor técnico dos diagnósticos e procedimentos médicos ou com base no cumprimento de especificações profissionais (Lam, 1997), como por exemplo, familiaridade com a administração de medicamentos e experiência dos enfermeiros na realização de testes em amostras de sangue. Para assegurar esta dimensão da qualidade, os hospitais realizam auditorias internas e os médicos reúnem-se para discutir casos que estão sob cuidados, garantindo, assim, um melhor diagnóstico e capacidade de gestão clínica (Tomes & Ng, 1995).

Por sua vez, a qualidade funcional refere-se ao modo como o serviço é prestado aos pacientes (Lam, 1997) e inclui aspetos como instalações, limpeza, qualidade da alimentação e atitude dos profissionais (Rashid & Jusoff, 2009; Mosadeghrad, 2013).

Apesar da qualidade técnica ser de extrema importância para os pacientes (Lam, 1997), a literatura indica que não é uma medida útil para descrever a forma como os pacientes avaliam a qualidade nos serviços de saúde (Bowers et al., 1994, cit. por Rashid & Jusoff, 2009), pois a maior parte dos pacientes não possui conhecimentos necessários para avaliar a competência técnica do hospital e dos seus profissionais (Ramsaran-Fowdar, 2005; Hu, Lee, & Yen, 2010).

Desta forma, os pacientes tendem a basear a sua avaliação no desempenho funcional dos prestadores de cuidados médicos (Tomes & Ng, 1995; Lam, 1997; Babakus & Mangold, 1992), ou seja, atribuem maior importância a fatores ambientais e interpessoais, para os quais os profissionais de saúde, como por exemplo, os médicos, estão menos sensibilizados (Lam, 1997). Este fator pode dever-se ao facto de os serviços de saúde, pela sua natureza e especificidade, se tratarem de serviços de credenciação, sendo a avaliação de desempenho em termos técnicos apenas efetuada *inter pares* (Chahal, 2010).

Por exemplo, um paciente que sofreu um ataque cardíaco pode não conseguir julgar os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde, mas pode avaliar a capacidade de resposta e a amabilidade dos profissionais durante os procedimentos médicos. Embora para os pacientes seja mais simples avaliar a qualidade funcional dos serviços de saúde, esta tarefa torna-se mais complexa para investigadores e gestores na área da saúde porque, ao contrário da qualidade técnica, a qualidade funcional não possui instrumentos de medição objetivos, estando baseada, portanto, em avaliações subjetivas dos pacientes. Todavia, como a qualidade funcional é a variável mais importante na perceção dos pacientes sobre qualidade nos serviços de saúde (Lam, 1997), os hospitais têm concentrado os seus esforços, não só na oferta de um excelente atendimento médico

(aspectos técnicos do serviço), mas também na promoção dos aspetos funcionais do serviço, como a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde (Tomes & Ng, 1995).

3.3- SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Nos países com maior crescimento económico e social assiste-se a um aumento da procura pelos Serviços de Urgência, devido à evolução das necessidades da população. Nos EUA, por exemplo, o desenvolvimento dos Serviços de Urgência esteve associado a diversos fatores, como o crescimento urbano, a expansão económica, os avanços médicos e tecnológicos e a procura pública. Desta forma, os EUA sentiram necessidade de adotar uma abordagem mais organizada e unificada para fazer face às crescentes preocupações com a saúde (VanRooyen, Thomas, & Clem, 1999).

Outros países desenvolvidos apresentam a mesma necessidade de organizar os Serviços de Urgência (VanRooyen et al., 1999), pois estes são fundamentais para apoiar a doença aguda, o trauma e para dar resposta imediata a acidentes. Assim, sabendo que numa questão de segundos a vida de uma pessoa pode alterar-se drasticamente devido a um acidente de automóvel, ataque cardíaco, derrame, catástrofes ou desastres naturais, é essencial que as equipas que integram os Serviços de Urgência estejam altamente treinadas (Harrison & Ferguson, 2011), cumprindo integralmente com a vertente técnica da qualidade de serviço.

Sendo que os Serviços de Urgência desempenham um papel muito relevante no sistema de saúde e apresentam um conjunto de características únicas, estas serão descritas de seguida com maior detalhe.

Uma das características está relacionada com a urgência dos cuidados, o que implica um menor controlo sobre a afluência de pacientes em comparação com os cuidados de saúde primários, onde é efetuado agendamento prévio dos contactos. Assim, e dado que devido à natureza dos serviços prestados, poucos são os pacientes que contactam previamente os Serviços de Urgência para verificar a sua disponibilidade (Qin & Prybutok, 2012), os serviços devem estar preparados para dar resposta imediata às solicitações. Contrariamente aos cuidados de saúde primários, os Serviços de Urgência fornecem um acesso imediato e permitem que os pacientes tenham acesso a uma equipa médica interdisciplinar, o que poderá favorecer um diagnóstico mais preciso e garantir o tratamento adequado (Qin & Prybutok, 2012). Esta disponibilidade talvez seja a principal razão pela qual os pacientes recorrem aos serviços de urgência, em detrimento dos cuidados de saúde primários.

Para além disso, os Serviços de Urgência são caracterizados pela sua acessibilidade, ou seja, são serviços que estão localizados próximo da população, de forma a garantir o seu acesso imediato (Harrison & Ferguson, 2011).

Outra característica dos Serviços de Urgência é a existência de uma grande heterogeneidade de pacientes, existindo, portanto, uma grande variedade de idades, origens, doenças, diagnósticos e estados mentais. Esta heterogeneidade, aliada à necessidade de atendimento urgente, exige uma maior capacidade de comunicação e perícia por parte dos profissionais de saúde nos Serviços de Urgência (Qin & Prybutok, 2012).

Por outro lado, devido à complexidade de alguns dos diagnósticos e à dificuldade em prever problemas médicos supervenientes, os Serviços de Urgência apresentam uma característica particular, que é o facto de possuírem uma ampla gama de equipamentos médicos que são necessários para diversas intervenções (Qin & Prybutok, 2012).

Por fim, outra característica dos Serviços de Urgência consiste no facto de os pacientes permanecerem nos serviços por um curto período de tempo (Muntlin et al., 2006), sendo encaminhados para internamento nos casos mais graves ou sendo dada alta nos casos menos preocupantes. Tal procedimento exige que os médicos, face aos problemas apresentados pelos pacientes, estejam dotados de competências que lhes permitam, num curto espaço de tempo, tomar decisões de tratamento e encaminhamento adequadas à situação do paciente (Qin & Prybutok, 2012).

3.3.1- QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Apesar destas características únicas, os pacientes nem sempre ficam satisfeitos com o atendimento recebido nos Serviços de Urgência (Muntlin, Gunningberg, & Carlsson, 2006), pois, em alguns casos, existem falhas nos recursos materiais (e.g. falta de camas) e/ou nos recursos humanos (e.g. escassez de médicos e enfermeiros), o que implica que os pacientes esperem largos períodos de tempo para serem atendidos (Kellermann, 2006, cit. por Harrison & Ferguson, 2011).

Para além disso, os instrumentos geralmente utilizados para avaliar a satisfação do paciente comportam uma grave falha, uma vez que apenas se concentram no tratamento hospitalar e negligenciam as necessidades específicas dos pacientes que se dirigem a um Serviço de Urgência (Hostutler et al, 1999, cit. por Muntlin et al., 2006). Desta forma, torna-se uma tarefa complexa definir “cuidados de qualidade” e determinar os critérios que os pacientes utilizam para descrevê-los. Logo, é essencial analisar como os pacientes percebem os Serviços de Urgência e o que

influencia a satisfação do paciente e as suas intenções comportamentais (Qin & Prybutok, 2012). Adicionalmente, de acordo com a literatura, torna-se necessário prestar uma maior atenção às expectativas e necessidades específicas do grupo não-urgente de pacientes, que representa a maioria dos frequentadores dos Serviços de Urgência (Muntlin, et al., 2006).

De acordo com Olthuis *et al* (2014) a satisfação dos pacientes parece depender da qualidade da sua interação com os profissionais, dos tempos de espera percebidos, da prestação de informações e do ambiente e organização dos Serviços de Urgência. Especificamente, os pacientes desejam, sobretudo, obter tratamento básico que inclui a competência técnica, uma atitude positiva, a obtenção de informação adequada, a disponibilização de uma sala de espera confortável, a privacidade e a confidencialidade (Nystrom et al., 2003, cit. por Muntlin et al., 2006).

Olthuis *et al* (2014) referem ainda que as preocupações dos pacientes nos Serviços de Urgência estão concentradas em cinco categorias, nomeadamente, a ansiedade, as expectativas, o próprio cuidado, a resistência e o reconhecimento, sendo que cada uma destas categorias tem quatro atributos comuns:

- Especificidade - refere-se à questão particular de preocupação;
- Individualidade - refere-se especificamente à circunstância do paciente;
- Urgência - diz respeito à pressão que o paciente sente para resolver o seu problema;
- Atividade - está relacionada com a atitude que o paciente adota para que a sua preocupação seja conhecida dos prestadores.

Segundo os mesmos autores, o conhecimento e compreensão das categorias e atributos das preocupações dos pacientes podem ser úteis para o desenvolvimento de cuidados de urgência mais centrados no paciente.

Em suma, a maior disponibilidade dos Serviços de Urgência contribui para a diminuição dos tempos de espera percebidos, melhora os resultados clínicos e aumenta o bem-estar da população (Harrison & Ferguson, 2011).

3.4- SATISFAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Globalmente, a satisfação do cliente nos serviços é descrita como um estado psicológico que resulta da confirmação ou desconfirmação das expectativas em relação à perceção de um episódio discreto de contacto com uma empresa (Niedz, 1998).

O principal objetivo das empresas é atingir a satisfação do cliente (Jones & Sasser, 1995, cit. por McDougall & Levesque, 2000), pelo que a maioria desenvolve esforços no sentido de oferecer um valor ao cliente que é fonte básica de vantagem competitiva (Woodruff, 1997, cit. por McDougall & Levesque, 2000). Assim, as empresas enfrentam um grande desafio que consiste em identificar os fatores críticos que determinam a satisfação dos clientes (McDougall & Levesque, 2000).

A insatisfação do cliente face a um serviço pode ser devida à sua má qualidade, mas pode também dever-se ao facto de um serviço, que no passado foi aceitável para o cliente, já não satisfazer as suas expectativas, devido, por exemplo, a mudanças nos gostos dos clientes ou ao marketing competitivo (Rust & Zahorik, 1993).

No entanto, a satisfação do cliente e a satisfação do paciente não são conceitos equivalentes, pois o modelo conceptual orientado para o marketing não se adequa facilmente, ou é mesmo de todo inadequado, numa grande parte dos contextos em saúde. A principal diferença reside no papel que as expectativas desempenham na determinação da satisfação no setor da saúde (Newsome & Wright, 1999), pelo que têm sido aplicados esforços para desenvolver instrumentos de pesquisa que permitam avaliar a satisfação do paciente (Sofaer & Firminger, 2005).

Neste sentido, existem três razões para medir a satisfação do paciente: 1) a satisfação do paciente é o objetivo intrínseco do prestador de cuidados de saúde; 2) a satisfação do paciente fornece informações relevantes sobre a estrutura, processo e resultado dos cuidados de saúde; 3) os pacientes satisfeitos e insatisfeitos tomam decisões comportamentais diferentes (Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978, cit. por Qin & Prybutok, 2012). Para além disto, a literatura refere que a satisfação do paciente não implica a existência de um serviço superior, mas apenas um serviço adequado ou aceitável. Como tal, e dado que a satisfação é um conceito relativo, o que satisfaz um paciente pode desagradar a outro (Crow et al., 2002, cit. por Sofaer & Firminger, 2005).

Analogamente ao que acontece com a satisfação do cliente e a rentabilidade¹ das empresas, existe uma relação positiva e significativa entre a satisfação do paciente e a rentabilidade do hospital (Nelson et al., 1992, cit. por Zeithaml, 2000; Thawesaengskulthai et al., 2015), uma vez que pacientes satisfeitos tendem a apresentar intenções comportamentais favoráveis (Ramsaran-Fowdar, 2005), como por exemplo, elogios dirigidos à instituição, preferência pelos seus serviços, disponibilidade para pagar um preço mais elevado (Zeithaml et al., 2000, cit. por Ramsaran-Fowdar, 2005), permitindo, assim que os hospitais economizem recursos financeiros e humanos

¹ Este tipo de atitudes é típica de estudos efetuados no sistema norte-americano de saúde, não sendo certo que se aplique no caso europeu, nomeadamente em termos financeiros.

provenientes da eliminação do tempo despendido a resolver as queixas dos pacientes (Pakdil & Harwood, 2005).

Inversamente, se os pacientes estão insatisfeitos tendem a apresentar intenções comportamentais desfavoráveis, tais como, a divulgação negativa da experiência, a diminuição da procura pelo serviço ou a procura de prestadores alternativos (Ramsaran-Fowdar, 2005).

Em suma, a satisfação do paciente é um conceito complexo e multidimensional que envolve várias dimensões que devem ser consideradas na avaliação (Niedz, 1998)

3.5- ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Para a construção do modelo conceptual que permite compreender a forma como os pacientes avaliam a sua satisfação, foi necessário proceder a uma vasta revisão de literatura sobre a satisfação dos pacientes nos serviços de saúde, tendo sido seleccionados 12 artigos que se dedicam maioritariamente à avaliação da satisfação nos serviços de urgência. A tabela seguinte apresenta uma síntese dos artigos, publicados entre os anos de 1996 e 2015, que foram obtidos através das bases de dados ScienceDirect, Scopus e B-On, estando organizada do artigo mais recente até ao artigo mais antigo.

Tabela 2- Síntese dos estudos analisados sobre avaliação da satisfação dos pacientes nos serviços de saúde

ESTUDO (AUTOR E ANO)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS
Thawesaengskulthai <i>et al</i> (2015)	Propor um modelo que demonstre as relações funcionais entre a satisfação do paciente e variáveis relacionadas; e avaliar o efeito da qualidade do serviço hospitalar na satisfação e intenções comportamentais dos pacientes.	A metodologia do estudo consistiu na aplicação de um questionário a 2189 pacientes (oriundos de 80 países representantes de quatro continentes) que recorreram aos serviços de seis hospitais na Tailândia.	O desenvolvimento de modelos de avaliação devem incluir itens do contexto específico (e.g. tamanho e localização), nacionalidade e demografia da população. Os resultados demonstram que a qualidade do serviço tem um impacto significativo na satisfação e no nível de retenção de pacientes.
Katz <i>et al</i> (2013)	Determinar a associação entre a satisfação de pacientes com síndrome coronária aguda e visitas subsequentes ao Serviço de Urgência .	A metodologia do estudo envolveu duas fases: primeiramente, avaliou-se se a satisfação dos pacientes de dois hospitais universitários; posteriormente, os pacientes (n= 1005) com possíveis sintomas de síndrome coronária aguda foram contactados por telefone durante 30 dias (follow-up).	Pacientes que relatam classificações superiores de cuidados centrados na pessoa (equipa que se dedica ao paciente), são significativamente menos propensos a regressar a qualquer Serviço de Urgência . Os cuidados centrados na pessoa e o tempo de espera percebido para obter avaliação médica estão significativamente associados com o regresso ao mesmo Serviço de Urgência .

ESTUDO (AUTOR E ANO)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS
Chahal & Mehta (2013)	Estabelecer a estrutura de um constructo de satisfação do paciente nos serviços de saúde, através de quatro modelos hipotéticos.	A metodologia utilizada no estudo consistiu na aplicação de uma escala a pacientes de dois hospitais na Índia e implicou a existência de duas fases: o pré-teste, no qual foram recolhidos dados de 35 pacientes hospitalizados; e o teste, onde foram recolhidos dados de 528 pacientes hospitalizados.	Dos quatro modelos, apenas o modelo que descreve o impacto das dimensões (manutenção física, cuidados médicos, cuidados de enfermagem e instalações internas) sobre a satisfação do paciente, mostrou um bom ajuste. Estas dimensões contribuem positiva e significativamente para a satisfação do paciente e atuam também como um importante fator de mediação entre a satisfação e a lealdade dos pacientes.
Qin & Prybutok (2012)	Avaliar como os pacientes percecionam os prestadores de Serviços de Urgência e o que influencia a satisfação e as intenções comportamentais dos pacientes, através do desenvolvimento de um instrumento que permita medir a qualidade do serviço percebida; a identificação de determinantes da satisfação e das intenções comportamentais dos pacientes; e a avaliação empírica das relações entre a qualidade do serviço percebida, satisfação do paciente e intenções comportamentais.	O estudo envolveu duas fases: o estudo piloto realizado com estudantes (n= 30) de pós-graduação e a realização do estudo empírico, através de questionários online, com estudantes universitários (n= 462) de uma grande universidade do sudoeste dos Estados Unidos.	As dimensões acessibilidade, eficiência, interação, profissionalismo, tangibilidade e qualidade técnica estão positiva e significativamente relacionadas com a variável qualidade do serviço. Os determinantes que compõem a satisfação do paciente são a qualidade do serviço, as emoções, o valor percebido, as expectativas de satisfação, a imagem, o tempo de espera e a recuperabilidade. Os determinantes das intenções comportamentais são a satisfação do paciente, a imagem, o valor percebido e a qualidade do serviço.
Vinagre & Neves (2010)	Testar empiricamente um modelo para avaliar as relações entre a satisfação de determinados tipos de pacientes, as suas emoções e a noção de equidade.	O estudo envolveu duas fases: o estudo das propriedades psicométricas das escalas de satisfação e equidade e a realização de estudo empírico com pacientes (n= 520) de seis serviços de saúde públicos portugueses.	O interesse é a emoção positiva mais sentida pelos pacientes e a aversão e a vergonha as emoções negativas menos frequentes. A satisfação resulta de um processo complexo de mecanismos cognitivos e afetivos.

ESTUDO (AUTOR E ANO)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS
Vinagre & Neves (2008)	Testar empiricamente um modelo para avaliar fatores que influenciam a satisfação dos pacientes e que descrevem e estimam as relações entre a qualidade do serviço, as emoções do paciente, as expectativas e o envolvimento.	A metodologia do estudo consistiu no preenchimento de duas escalas adaptadas (SERVQUAL e DESII) por pacientes (n= 317) de seis centros de saúde públicos portugueses. O preenchimento do SERVQUAL tinha como objetivos avaliar as expectativas do paciente antes de o serviço ser prestado e avaliar as percepções do paciente após a prestação do serviço. O objetivo da escala DESII consistia em avaliar as emoções dos pacientes.	As expectativas têm um efeito direto sobre as emoções: quanto maior a satisfação esperada, maior será a tendência para os pacientes experienciarem emoções positivas. O envolvimento tem um efeito direto e significativo sobre as emoções, ou seja, quanto maior for a importância do serviço para os pacientes, maior será número de emoções positivas experienciadas. A satisfação implica vários fenómenos contemplados no domínio cognitivo e afetivo.
Wellstood et al (2005)	Explorar a percepção dos pacientes relativamente à sua visita mais recente ao Serviço de Urgência , bem como fatores que moldam as suas experiências.	Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a pessoas (n= 41) de dois bairros distintos (em termos socioeconómicos) do Canadá.	A maioria dos pacientes descreve a sua experiência em termos negativos, sendo que os aspetos mais frequentemente associados a essas experiências negativas são os tempos de espera, a percepção do paciente sobre a qualidade do atendimento recebido e as interações entre a equipa e o paciente.
Sofaer & Firminger (2005)	O estudo apresenta cinco objetivos: propor um modelo conceptual para ajudar a desvendar a confusão existente entre percepções do paciente e satisfação do paciente, bem como determinar se as variações nas percepções dos pacientes se devem a diferenças nas expectativas ou a diferenças nas experiências reais; rever estudos qualitativos sobre a forma como os pacientes definem qualidade; fornecer uma visão geral sobre como os pacientes vêem atualmente os planos de saúde, hospitais, médicos e os cuidados de saúde em geral; avaliar se e como o estado de saúde do paciente e as suas características demográficas estão relacionadas com a percepção de qualidade nos cuidados de saúde; e por fim, identificar áreas que necessitam de investigação.	A metodologia do estudo consistiu na revisão de literatura.	A reputação do prestador, as necessidades do paciente, a possibilidade de escolha, as experiências prévias, as características pessoais do paciente, as normas socioculturais e o conhecimento sobre o que o paciente deve esperar, influenciam as expectativas do paciente. Estas expectativas, aliadas à experiência do paciente para procurar e utilizar serviços, influenciam a percepção do paciente sobre a sua experiência. A percepção da experiência irá definir os critérios de qualidade utilizados pelo paciente que influenciam, por sua vez, a percepção da qualidade.

ESTUDO (AUTOR E ANO)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS
Choi et al (2004)	O estudo apresenta dois objetivos: propor um modelo integrativo com base nas relações entre a qualidade do serviço, valor, satisfação do paciente e intenções comportamentais; e testar este modelo no contexto de cuidados de saúde da Coreia do Sul.	A metodologia utilizada no estudo consistiu na aplicação de um questionário a pacientes (n= 537) de um hospital geral da Coreia do Sul.	Embora a qualidade do serviço e o valor sejam antecedentes da satisfação dos pacientes, a qualidade do serviço destaca-se do valor, por ser o antecedente mais importante. A qualidade do serviço e o valor têm um impacto direto e significativo nas intenções comportamentais dos pacientes, sendo a qualidade do serviço o fator mais importante. As intenções comportamentais são também diretamente influenciadas pela satisfação dos pacientes.
Sun et al (2001)	Validar, na população geral, um modelo de satisfação do paciente no Serviço de Urgência .	A metodologia utilizada no estudo consistiu na aplicação de um questionário, que foi enviado por correio, a pacientes (n= 2373) que recorreram ao serviço de urgência de quatro Hospitais associados à mesma faculdade de medicina.	O estudo confirma a importância de determinados fatores na satisfação do paciente, nomeadamente, a idade, a falta de ajuda recebida, a má explicação do problema, a falta de informação sobre os tempos de espera, a falta de informação quanto à retoma da atividade normal, uma pobre explicação dos resultados dos exames e a falta de informação quanto à necessidade de voltar ao Serviço de Urgência . Pacientes mais velhos têm maiores níveis de satisfação.
Thompson et al (1996)	Determinar os efeitos que o tempo de espera real, o tempo de espera percebido, a entrega de informações e a qualidade expressiva exercem sobre a satisfação do paciente num Serviço de Urgência .	A metodologia utilizada no estudo consistiu na aplicação de um questionário, por via telefónica, a pacientes (n= 1631) que tinham recorrido ao Serviço de Urgência de um hospital suburbano.	A perceção de tempos de espera inferiores ao esperado, bem como a satisfação relativamente à entrega de informações e à qualidade expressiva da equipa do Serviço de Urgência , foram associadas positivamente com a satisfação geral. O tempo de espera real não demonstra ser um indicador de satisfação geral do paciente.

ESTUDO (AUTOR E ANO)	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS
Baker (1996)	Identificar características dos pacientes, das práticas e dos clínicos gerais que influenciam a satisfação com as consultas.	A metodologia utilizada no estudo envolveu a aplicação de três questionários: foi aplicado um questionário de satisfação com a consulta a 75 pacientes atendidos por cada um dos 126 médicos de clínica geral em 39 práticas; e foram aplicados dois questionários aos médicos de clínica geral: um para recolher informações sobre a sua prática e o outro para recolher dados pessoais (e.g. idade, sexo).	As características dos pacientes, das práticas e dos clínicos gerais podem influenciar os níveis de satisfação. Pacientes mais velhos, assim como pacientes do sexo masculino, tendem a ser menos satisfeitos. Por outro lado, existem características da prática que estão associadas a uma menor satisfação, como por exemplo, aumento do tamanho total da lista, a ausência de um sistema de lista pessoal e que seja uma prática de formação. Quanto maior é a idade do médico de clínica geral, menor é a satisfação do paciente.

Fonte: Elaboração própria com base na revisão de literatura

3.6- CONCLUSÃO

A qualidade nos serviços tem sido conceptualizada como um fator de extrema importância para o sucesso das empresas e para a sua visibilidade face aos concorrentes. Deste modo, as empresas têm desenvolvido esforços no sentido de melhorar os seus serviços por forma a distinguirem-se no mercado e capturarem novos clientes, ao mesmo tempo que preservam os já existentes.

No entanto, a qualidade é um conceito abstrato que é difícil de definir e medir, e quando se fala em qualidade nos serviços de saúde, a tarefa é ainda mais complexa dado que é um setor que ocupa uma posição única pelo facto de lidar com vidas humanas. Esta dificuldade de conceptualizar a qualidade nos serviços de saúde decorre das características que lhe estão associadas, nomeadamente a intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade e simultaneidade.

Neste sentido, para definir e desenvolver um sistema global, universal e preciso que permita avaliar a qualidade do serviço prestado, é essencial identificar características que constituem a qualidade nos serviços de saúde, tendo em conta as expectativas dos pacientes e o seu poder de escolha. Como tal, devem ser recolhidas informações sobre as necessidades, expectativas e perceções dos pacientes, de modo a ajustar os serviços aos pacientes.

No entanto, deve ser tido em consideração que os serviços de saúde, nomeadamente os Serviços de Urgência, apresentam características muito particulares, consubstanciadas no facto de os instrumentos que são geralmente utilizados para avaliar este tipo de serviços concentrarem-se essencialmente no tratamento hospitalar e negligenciarem as necessidades específicas dos pacientes. Como resultado, torna-se difícil definir “cuidados de qualidade” e determinar quais os critérios que os pacientes utilizam para descrever estes cuidados.

À semelhança do conceito de qualidade nos serviços, a satisfação do paciente é um conceito considerado complexo e multidimensional e, tal como apresentado neste capítulo, vários autores têm-se dedicado ao estudo do mesmo, no sentido de determinar quais as dimensões que poderão ser consideradas na sua avaliação.

No capítulo seguinte, com base numa extensa revisão de literatura científica sobre o tema, será proposto um modelo conceptual que permita combinar várias dimensões na procura de um mecanismo de avaliação da satisfação dos pacientes num Serviço de Urgência.

CAPÍTULO 4- DESENVOLVIMENTO DO MODELO CONCEPTUAL

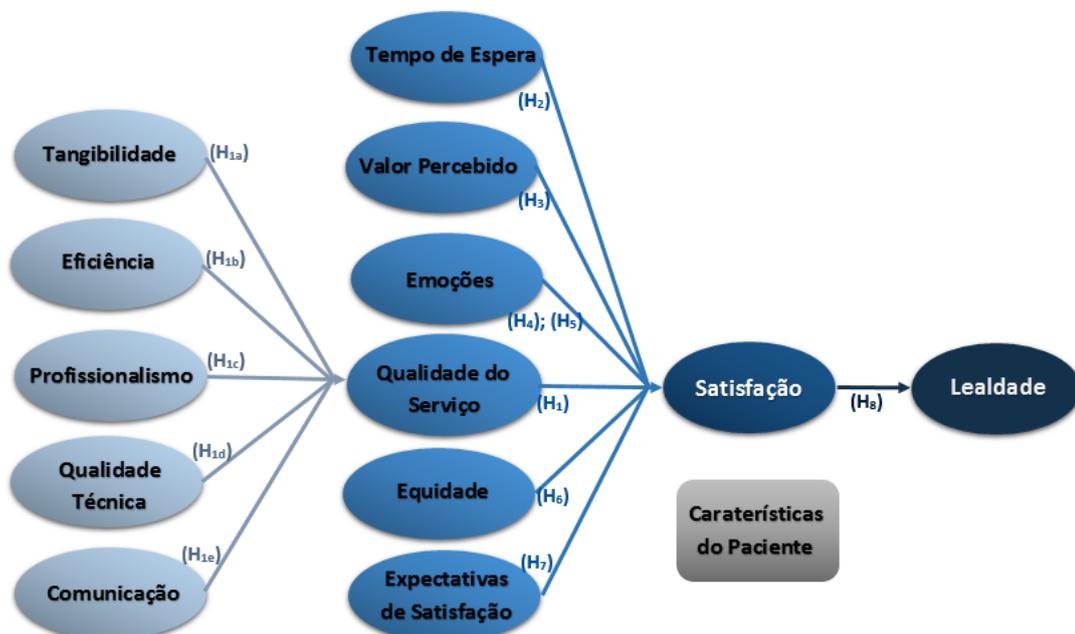
4.1- APRESENTAÇÃO DO MODELO CONCEPTUAL

Neste capítulo, procede-se à apresentação do modelo conceptual construído especificamente para os serviços de saúde, mais concretamente, para os Serviços de Urgência, com base numa extensa e aprofundada revisão de literatura de vários modelos de avaliação da satisfação. Deste modo, a construção do modelo conceptual implicou a seleção e combinação de várias dimensões encontradas na literatura que se consideram essenciais para a avaliação da satisfação dos pacientes no contexto dos Serviços de Urgência.

4.2- FUNDAMENTAÇÃO DAS DIMENSÕES DO MODELO CONCEPTUAL

As dimensões incluídas no modelo conceptual podem ser agrupadas em dois grupos: seis dimensões antecedentes da satisfação (tempo de espera, valor percebido, emoções, qualidade do serviço percebida, equidade e expectativas de satisfação) e uma dimensão posterior à satisfação (lealdade), às quais se adiciona uma dimensão de controlo com base nas características dos pacientes. Dada a importância de cada uma destas dimensões na avaliação da satisfação dos pacientes, expõe-se de seguida uma breve fundamentação teórica sobre as mesmas, apresentando diversas perspetivas encontradas na literatura e mencionando qual a perspetiva a ser adotada neste trabalho relativamente a algumas dimensões.

Figura 3- Modelo conceptual desenvolvido



4.2.1- QUALIDADE DO SERVIÇO PERCEBIDA

A qualidade nos serviços é considerada por vários autores como um fenómeno multidimensional (Parasuraman et al., 1988; Ghobadian et al., 1993; Boulding, Kalra, Staelin, & Zeithaml, 1993; Sureshchandar et al., 2002; Zineldin, 2006; Ladhari, 2009; Thawesaengskulthai et al., 2015), sendo, portanto, necessário definir as variáveis que são determinantes da “qualidade” (Ghobadian et al., 1993; Zineldin, 2006). Neste sentido, o SERVQUAL tem sido um instrumento fortemente utilizado para avaliar as variáveis que compõem a qualidade nos serviços (Zineldin, 2006).

Este instrumento corresponde a uma escala constituída por 22 itens distribuídos em cinco dimensões de qualidade nos serviços: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia (Parasuraman et al., 1988). Os itens deste instrumento são avaliados numa escala de Likert de sete pontos que varia entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente) e aparecem sempre em duplicado. A primeira vez destinam-se a avaliar as expectativas dos clientes e a segunda destinam-se a avaliar as perceções dos clientes face a um determinado serviço (Rashid & Jusoff, 2009). Desta forma, o instrumento permite, através da diferença entre as perceções e as expectativas, determinar a qualidade nos serviços (Parasuraman et al., 1988).

Embora o SERVQUAL seja um instrumento amplamente aplicado no setor da saúde (Youssef et al., 1996; Babakus & Mangold, 1992; Ramsaran-Fowdar, 2005; Lam, 1997; Rashid & Jusoff, 2009; Qin e Prybutok, 2012), alguns autores defendem que são necessárias alterações para se proceder à sua aplicação, nomeadamente, eliminar ou acrescentar dimensões que são específicas para contextos de saúde (Carman, 1990, cit. por Andaleeb, 2001; Ramsaran-Fowdar, 2005; Ramsaran-Fowdar, 2008; Rashid & Jusoff, 2009).

O SERVQUAL tem recebido várias críticas devidas, essencialmente, a dois motivos. O primeiro motivo é que as dimensões avaliadas pelo instrumento podem variar de acordo com o serviço de saúde prestado. O segundo motivo diz respeito ao facto de ser inadequado efetuar a diferença entre as perceções e as expectativas para avaliar a qualidade do serviço no setor da saúde, uma vez que a maior parte dos pacientes não têm expectativas relativamente aos serviços de saúde antes de recorrerem aos mesmos (Qin & Prybutok, 2012).

Cronin e Taylor (1992) propuseram o SERVPERF como um instrumento composto pelas mesmas dimensões do SERVQUAL, mas que utiliza apenas as perceções dos pacientes para avaliar a qualidade nos serviços. Estes autores defendem que o SERVPERF supera o SERVQUAL, pois

consideram que as percepções dos pacientes permitem uma melhor avaliação da qualidade percebida dos serviços.

No entanto, existem estudos que indicam que o SERVQUAL e o SERVPERF incorporam algumas medidas gerais que não permitem uma adequada avaliação das dimensões consideradas importantes pelos pacientes nos serviços de saúde. Neste sentido, Qin e Prybutok (2012) testaram um modelo onde adicionaram novas dimensões às já existentes no SERVPERF, obtendo resultados significativos em seis dimensões (tangibilidade, eficiência, profissionalismo, interação, acessibilidade, qualidade técnica) que podem ser utilizadas para avaliar a qualidade nos serviços de saúde, mais especificamente, nos Serviços de Urgência. Como se pode constatar nos subtópicos que se seguem, estes resultados são corroborados por outros autores, o que demonstra a pertinência destas dimensões.

Posto isto, serão incluídas neste trabalho as dimensões propostas por Qin e Prybutok (2012), excetuando a dimensão interação por se considerar que esta é semelhante mas menos abrangente que a dimensão que a substituiu. Assim, a dimensão interação foi substituída pela dimensão comunicação, dado a literatura mencionar a sua importância para o contexto de Serviços de Urgência. Desta forma, serão utilizadas, neste trabalho, cinco dimensões para avaliar a qualidade percebida nos serviços de saúde, mais propriamente nos Serviços de Urgência: tangibilidade, eficiência, profissionalismo, qualidade técnica e comunicação.

Visto que a visão predominante da literatura se centra na qualidade dos serviços como antecedente da satisfação do cliente (Cronin & Taylor, 1992; Andreassen & Lindestad, 1998; Newsome & Wright, 1999; McDougall & Levesque, 2000; Choi, Cho, Lee, Lee, & Kim, 2004; Vinagre & Neves, 2008; Qin & Prybutok, 2012), postula-se que:

H1: A qualidade do serviço tem um efeito direto e positivo na satisfação dos pacientes.

Conforme analisado anteriormente, a qualidade de serviço é função de um conjunto de cinco fatores que passamos a apresentar.

4.2.1.1- TANGIBILIDADE

No contexto de Serviços de Urgência, os pacientes recorrem a elementos tangíveis para avaliar a qualidade dos serviços, tais como uma boa aparência exterior, disponibilidade de luz natural, divisões amplas, salas de espera bem decoradas (Chahal & Mehta, 2013), aparência dos profissionais, limpeza das instalações (Thompson, Yarnold, Williams, & Adams, 1996), variedade de

serviços complementares disponíveis (e.g. cafetaria), qualidade dos alimentos fornecidos, ambiente tranquilo e agradável, segurança dentro e ao redor das instalações (Sofaer & Firminger, 2005) e aparência dos equipamentos médicos. Para além disso, todos os elementos que proporcionem o acesso fácil e imediato aos cuidados são essenciais para uma avaliação positiva dos serviços (Qin & Prybutok, 2012), sendo que a possibilidade de obter um estacionamento perto da entrada dos Serviços de Urgência, constitui um dos elementos fundamentais para avaliar a tangibilidade (Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012).

4.2.1.2- EFICIÊNCIA

A qualidade dos Serviços de Urgência é influenciada pela sua eficiência, ou seja, pela capacidade de coordenação e colaboração entre os vários profissionais e organizações envolvidos nos cuidados (Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012). Esta dimensão pode ser avaliada com recurso a vários elementos, como por exemplo, processos de encaminhamento atempados, faturação precisa (Sofaer & Firminger, 2005), exames e tratamentos de acompanhamento oportunos, assistência médica contínua e disponibilidade de tecnologias de informação que permitam manter registos eletrónicos sobre o paciente, como por exemplo, informações sobre atendimentos e exames de imagiologia realizados (Qin & Prybutok, 2012).

4.2.1.3- PROFISIONALISMO

Quando os pacientes recorrem aos Serviços de Urgência, centram-se nos resultados do tratamento médico, que dependem largamente dos conhecimentos e experiência dos profissionais. Desta forma, o profissionalismo constitui-se como uma dimensão que influencia a avaliação da qualidade nos serviços de urgência (Qin & Prybutok, 2012).

No caso dos médicos, os seus conhecimentos e experiência permitem, não só um melhor entendimento do historial médico dos pacientes, perfil demográfico e tipo de doenças, mas, sobretudo, uma rápida e eficaz atuação no momento de urgência. Quanto aos enfermeiros, os seus conhecimentos e experiência permitem uma adequada e oportuna assistência médica de acordo com instruções previamente fornecidas pelos médicos (Chahal & Mehta, 2013) ou definidas sob a forma de procedimentos e boas práticas em uso na instituição.

Dada a sua importância, Qin e Prybutok (2012) recomendam que os Serviços de Urgência disponham de profissionais (médicos e enfermeiros), não só com formação adequada do ponto de

vista clínico, mas que apresentem também formação adequada em termos de comunicação e de atitudes comportamentais face aos pacientes.

Chahal e Mehta (2013) acrescentam que o profissionalismo da equipa de apoio, constituída por técnicos de saúde, é também bastante relevante para a satisfação dos pacientes, pois estes profissionais são considerados muito importantes no tratamento médico, desempenhando, também, algumas funções técnicas, como por exemplo, na realização de testes de laboratório e de exames imagiológicos. Estes autores defendem igualmente que os conhecimentos e experiência dos funcionários administrativos é fundamental porque estes realizam atividades que influenciam a avaliação da qualidade nos Serviços de Urgência, tais como a realização do processo de admissão, a manutenção de registos nos arquivos e os procedimentos de faturação.

4.2.1.4- QUALIDADE TÉCNICA

A qualidade técnica está relacionada com a recuperação física e emocional do paciente e representa uma das dimensões mais importantes na avaliação dos serviços de saúde prestados (Qin & Prybutok, 2012). Embora os pacientes não possuam conhecimentos que lhes permitam avaliar a qualidade técnica de um profissional de saúde, quando se encontram informados do seu estado de saúde e de possíveis riscos que podem ocorrer, têm a capacidade de avaliar se os profissionais recomendaram os exames e tratamentos mais adequados para o seu diagnóstico, idade ou sexo (Sofaer & Firminger, 2005).

A qualidade técnica é avaliada positivamente se os pacientes demonstrarem uma atitude positiva face a um tratamento, acreditarem que os tratamentos recomendados são os melhores, considerarem o atendimento e cuidados recebidos de excelente qualidade e ficarem impressionados com o atendimento prestado (Qin & Prybutok, 2012).

4.2.1.5- COMUNICAÇÃO

A comunicação corresponde às explicações prestadas aos pacientes durante o processo de atendimento e tratamento e ao envolvimento do paciente no tratamento (Simonet, 2005), pelo que se constitui como outra dimensão relevante (Vukmir, 2006) para avaliar a qualidade dos Serviços de Urgência.

Normalmente, podem ocorrer lapsos de comunicação nos Serviços de Urgência, como por exemplo, explicações inadequadas das causas e dos sintomas subjacentes a uma dada

problemática, resultados de exames não reportados aos pacientes, falta de instruções quanto à retoma da vida normal (Katz et al., 2013) e falta de informações quanto ao tempo de espera (Sun et al., 2000), resultando numa ampliação da incerteza dos pacientes e da sua angústia psicológica (Thompson et al., 1996).

Em contrapartida, uma boa qualidade da comunicação pressupõe a existência de um fluxo de informação, com prestadores com boa capacidade para ouvir e explicar de forma clara informações técnicas complexas, fornecendo informações sobre o quadro clínico, progresso e prognóstico e informação sobre os resultados dos exames (Sofaer & Firminger, 2005). Neste sentido, uma comunicação adequada entre o prestador e o paciente fomenta a troca de informações, permite gerir a incerteza e facilita a autonomia do paciente (Katz et al., 2013), pelo que é relevante considerar no processo de cuidados a necessidade de conceder tempo aos prestadores para comunicarem com os pacientes (Sun et al., 2000).

4.2.2- TEMPO DE ESPERA

O tempo de espera é considerado um importante determinante na satisfação dos pacientes (Katz et al., 2013) e é constituído por duas dimensões distintas: o tempo de espera real (medido) e o tempo de espera percebido (subjetivo) (Thompson et al., 1996; Sun et al., 2000; Wellstood, Wilson, & Eyles, 2005). Desta forma, existe uma relação inversa entre tempo de espera (real ou percebido) e a satisfação do paciente, sendo que, por exemplo, quando os tempos de espera diminuem, a satisfação dos pacientes aumenta (Wellstood et al., 2005).

No entanto, segundo Boudreaux & O’Hea (2004), se os pacientes considerarem o tempo de espera percebido superior ao que preveem ou acham ser apropriado, é provável que se sintam insatisfeitos, independentemente do tempo real de espera. Assim, o tempo de espera percebido parece ser um preditor mais forte de satisfação (Trout, Magnusson, & Hedges, 2000; Boudreaux & O’Hea, 2004).

Neste sentido, o presente trabalho inclui duas medidas propostas por Thompson *et al* (1996): o tempo de espera médico e o tempo de espera total. A primeira medida refere-se ao tempo que decorre entre a triagem e o exame médico e a segunda medida contabiliza o tempo entre a triagem e a alta do Serviço de Urgências.

Dado o impacto do tempo de espera na satisfação dos pacientes (Burrusch et al., 1993, cit. por Vukmir, 2006), sugere-se a seguinte hipótese:

H2: A duração do tempo de espera está negativamente relacionada com a satisfação dos pacientes.

4.2.3- VALOR PERCEBIDO

O valor percebido corresponde a uma avaliação global baseada nas percepções de utilidade do que é recebido face ao que é dado (Zeithaml et al, 1988, cit. por Andreassen & Lindestad, 1998).

De acordo com Chahal e Kumari (2011) o conceito de valor percebido engloba cinco dimensões, nomeadamente, o valor de transação, o valor de eficiência, o valor estético, o valor de interação social e o valor de autogratificação. No entanto, este trabalho adota a visão de Choi *et al* (2004) que defende que o conceito de valor percebido engloba duas dimensões: os benefícios e os sacrifícios, ou seja, os pacientes integram cognitivamente as suas percepções relativamente ao que têm a ganhar (benefícios) e ao que têm a perder (sacrifícios) com a prestação dos serviços.

Os benefícios referem-se aos resultados de um serviço de boa qualidade, mas também podem incluir fatores como o prestígio e a reputação institucional (Holbrock & Corfman, 1985, cit. por Choi et al., 2004). Por sua vez, os sacrifícios podem ser divididos em dois tipos, nomeadamente, o preço que os pacientes têm de pagar e os custos não monetários, como por exemplo, o *stress* mental e físico associado à prestação dos cuidados (Choi et al., 2004). Assim, se os benefícios forem superiores aos sacrifícios, o valor percebido pelos pacientes será maior (Jha, Deitz, Babakus, & Yavas, 2013).

Sabendo que o valor percebido é um fator importante para a satisfação do paciente (Choi et al., 2004), propõe-se que:

H3: O valor percebido tem influência na satisfação dos pacientes.

4.2.4- EMOÇÕES

Embora a literatura não seja consensual ao definir emoções humanas (Vinagre & Neves, 2010), sabe-se que as emoções são muito importantes no contexto de saúde, existindo evidências de que estas podem influenciar a satisfação dos pacientes (Vinagre & Neves, 2008).

Segundo Oliver (1997, cit. por Vinagre & Neves, 2008) enquanto a qualidade do serviço pode ser considerada uma construção cognitiva, a satisfação é um conceito mais complexo que inclui componentes cognitivos e afetivos. Deste modo, Vinagre e Neves (2008) testaram um conjunto de

emoções positivas e negativas relativas à experiência dos pacientes nos serviços de saúde e verificaram que o interesse e o prazer (emoções positivas) e a angústia, medo, desgosto e vergonha (emoções negativas) influenciam a satisfação dos pacientes em direções opostas. Neste sentido, sugerem-se as seguintes hipóteses:

H4: As emoções positivas têm um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

H5: As emoções negativas têm um efeito negativo na satisfação dos pacientes.

Para além destas emoções, o pré-teste realizado identificou como necessário acrescentar uma emoção considerada neutra, nomeadamente, a indiferença.

4.2.5- EQUIDADE

A equidade é considerada um forte preditor de satisfação (Newsome & Wright, 1999; Vinagre & Neves, 2010), sendo que a visão tradicional supõe que esta ocorre quando a relação entre ganhos e perdas é igual para todas as partes. No entanto, têm sido encontradas outras interpretações que mencionam que a equidade apenas se centra na igualdade dos ganhos, ignorando as perdas (Oliver & Swan, 1989). Desta forma, a equidade é um conceito que afirma que os indivíduos comparam os seus ganhos aos ganhos obtidos por outros indivíduos (Newsome & Wright, 1999; Vinagre & Neves, 2010).

Por outras palavras, é uma medida que implica explicitamente uma forma de justiça distributiva (Oliver & Swan, 1989) e, sendo assim, a satisfação apenas ocorre quando o paciente percebe o tratamento como sendo justo (igual) ou quando os resultados são favoráveis para si (Vinagre & Neves, 2010).

Visto que a equidade é antecedente da satisfação (Newsome & Wright, 1999; Vinagre & Neves, 2010), postula-se o seguinte:

H6: A equidade tem um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

4.2.6- EXPECTATIVAS DE SATISFAÇÃO

Parasuraman *et al* (1988) defendem que o conceito de expectativas é utilizado de forma distinta na literatura de qualidade dos serviços e de satisfação dos consumidores. Na qualidade dos serviços, as expectativas referem-se a desejos dos consumidores, ou seja, aquilo que sentem que o

prestador de serviços deve oferecer. Por outro lado, quando se fala de satisfação do consumidor, as expectativas são vistas como previsões sobre o que é provável acontecer.

Embora os médicos tenham dificuldade em reconhecer as expectativas dos pacientes (Pakdil & Harwood, 2005), estas são um componente central do processo de satisfação (Newsome & Wright, 1999) e os pacientes têm várias expectativas (Faezipour & Ferreira, 2013) relacionadas com o momento da sua chegada, permanência e saída dos serviços (Olthuis et al., 2014). Segundo Vinagre e Neves (2008), estas expectativas surgem antes do contacto com os serviços e a perceção dos cuidados recebidos pode confirmar as expectativas positivas ou desconfirmar as expectativas negativas.

Dado que as expectativas podem influenciar diretamente a satisfação (Vinagre & Neves, 2008), prevê-se a seguinte hipótese:

H7: As expectativas de satisfação têm influência na satisfação dos pacientes.

4.2.7- CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES

A literatura é consistente ao afirmar que existe uma relação entre a satisfação e as características dos pacientes (Baker, 1996; Baker, 1997; Sun et al., 2000; Sun, Adams, & Burstin, 2001; Wellstood et al., 2005). Entre as características identificadas inclui-se o sexo, a idade (Baker, 1996), nível de escolaridade (Fiscella & Franks, 1999) e nível socioeconómico (Sun et al., 2000).

De acordo com Baker (1996), o sexo e a idade são as variáveis mais estudadas neste contexto, sendo que, por regra, maiores níveis de satisfação correspondem a pacientes mais idosos (Sun et al., 2000).

No que respeita ao nível de escolaridade, Fiscella & Franks (1999) indicam que pacientes com maior nível de escolaridade apresentam maiores níveis de satisfação. No mesmo sentido (Cohen, 1996, cit. por Wellstood et al., 2005) refere que pacientes com maior nível socioeconómico apresentam maiores níveis de satisfação.

No mesmo sentido, Sun (2000) e Baker (1997) afirmam que os níveis de satisfação podem ainda ser relacionados com o estado de saúde do paciente, sendo este estado avaliado com base na Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência em Portugal.

4.2.8-LEALDADE

A lealdade é considerada uma atitude e um conceito comportamental (Chahal & Kumari, 2011), uma vez que indica a intenção do paciente para se associar a determinados serviços e recomendar esses serviços a outros pacientes (Chahal & Mehta, 2013).

Visto que existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação e a lealdade dos pacientes (Kessler & Mylod, 2011; Ndubisi, 2011; Chahal & Mehta, 2013), torna-se imperativo que os prestadores de serviços de saúde se foquem na satisfação do paciente, para garantirem, no futuro, a sua lealdade (Elleuch, 2008; Ndubisi, 2011).

Para Chahal e Kumari (2011) a lealdade dos pacientes pode ser avaliada com recurso a quatro subdimensões, nomeadamente, lealdade de preferência (recorrer ao mesmo prestador no futuro), recomendar o prestador de serviços a terceiros, resposta de insatisfação e lealdade indiferente ao preço.

Por outro lado, Chahal e Mehta (2013) avaliaram a lealdade do paciente recorrendo a oito subdimensões: recomendar o mesmo hospital, dizer coisas positivas, preferir o mesmo hospital em relação aos concorrentes, mudar para outro hospital, procurar o mesmo hospital para os mesmos serviços, continuar a utilizar os serviços, procurar o mesmo hospital para diferentes serviços e lealdade total ao hospital.

Tendo em conta os argumentos apresentados, sugere-se a seguinte hipótese:

H8: A satisfação tem um efeito positivo na lealdade dos pacientes.

4.3- QUESTIONÁRIO BASEADO NO MODELO CONCEPTUAL E PRÉ-TESTE

Antes da aplicação do questionário aos pacientes dos Serviços de Urgência, foi efetuado um pré-teste de forma a identificar questões que requeriam clarificações e/ou que conduziam a respostas inapropriadas e ambíguas. Neste sentido, procedeu-se à aplicação de um questionário com 35 perguntas a 30 estudantes da Universidade de Aveiro, sendo cada uma das perguntas avaliadas segundo uma escala de Likert que variava entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente). Após a realização do pré-teste contactou-se que era necessário proceder-se a alguns ajustamentos, nomeadamente, inserir uma emoção neutra à dimensão emoções, alterar as escalas do nível de escolaridade e de rendimentos dos pacientes e adicionar ao Sistema de Triagem de Manchester a pulseira de cor branca.

A tabela seguinte ilustra o questionário que foi construído e aplicado aos pacientes, com base nas dimensões incluídas no modelo conceptual desenvolvido. Cada dimensão inclui um conjunto específico de questões que foram adaptadas de diversos autores e que originam uma determinada hipótese.

Tabela 3- Questionário aplicado aos pacientes

Questões	Hipóteses	Adaptação dos Autores
Qualidade do Serviço Percebida		
Tangibilidade (TA)		
TA1- As instalações têm boa aparência, são amplas, iluminadas, limpas e bem decoradas, tendo o equipamento médico um aspecto moderno.	H1a	Qin & Prybutok, 2012; Chahal & Mehta, 2013; Sofaer & Firminger, 2005; Thompson, Yarnold, Williams, & Adams, 1996.
TA2- As instalações proporcionam um conjunto de serviços complementares (eg: cafeteria) variados e de qualidade, servidos num ambiente tranquilo e agradável.		
TA3- As instalações aparentam ser seguras e proporcionam um acesso fácil e imediato aos visitantes.		
TA4- Os profissionais apresentam-se vestidos de forma adequada ao trabalho que desenvolvem.		
Eficiência (EF)		
EF1- Os profissionais envolvidos na prestação dos cuidados revelaram capacidade de coordenação e de colaboração entre si.	H1b	Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012.
EF2- A assistência prestada foi continua, com encaminhamento atempado e exames e tratamentos sincronizados entre si.		
Profissionalismo (PR)		
PR1- O processo administrativo de admissão foi efetuado de forma correta, tendo sido recolhida toda a informação necessária.	H1c	Qin & Prybutok, 2012; Chahal & Mehta, 2013.
PR2- Os profissionais (médicos e enfermeiros) aparentaram ter conhecimentos e experiência no tratamento do meu caso.		
PR3- Os profissionais (médicos e enfermeiros) atuaram de forma rápida, oportuna e eficaz na assistência médica.		
PR4- Os profissionais (médicos e enfermeiros) comunicaram e comportaram-se de forma adequada à situação.		
Qualidade Técnica (QU)		
QU1- Os profissionais recomendaram os exames e os tratamentos mais adequados à minha situação.	H1d	Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012.
QU2- Enquanto paciente fiquei impressionado com o atendimento.		
QU3- Enquanto paciente considero que os cuidados recebidos foram de excelente qualidade.		
Comunicação (CO)		
CO1- Enquanto paciente, senti-me envolvido no processo de tratamento, sendo que senti que os profissionais de saúde me ouviram sem pressa.	H1e	Katz et al., 2013; Sofaer & Firminger, 2005.
CO2- As explicações que me foram prestadas no atendimento e no tratamento foram as mais adequadas, tendo sido prestadas sem falhas nem lapsos e de forma clara e compreensível.		

CO3- As informações recebidas identificaram claramente as causas e os sintomas subjacentes ao meu problema.		
CO4- Fui informado do diagnóstico efetuado, do prognóstico clínico e da forma de como deverei retomar a minha vida normal.		
Tempo de Espera (TE)		
TE1- O tempo que decorreu entre a triagem e a consulta foi o que previa e achava apropriado.	H2	Thompson, Yarnold, Williams, & Adams, 1996.
TE2- O tempo entre a triagem e a alta foi o que previa e achava apropriado.		
Valor percebido (VA)		
VA1- Sinto que recebi um serviço de boa qualidade, numa instituição de prestígio.	H3	Choi, cho, Lee, Lee, & Kim, 2004.
VA2- O preço que paguei pelo serviço foi o adequado (caso seja isento de taxa moderadora, coloque-se na posição dos não isentos).		
VA3- Durante o processo de atendimento e tratamento estive sob stress físico e mental.		
Equidade (EQ)	H6	Vinagre & Neves, 2010.
EQ1- Fui atendido e tratado de forma justa face à gravidade da minha situação.		
EQ2- Recebi a mesma atenção e atendimento que outros pacientes em situação similar.		
Expectativas de Satisfação (EX)	H7	Vinagre & Neves, 2008.
EX1- Face ao que esperava, estou satisfeito com o atendimento e tratamento recebido.		
Satisfação (SA)	Sun, Adams, & Burstin, 2001.	
SA1- Estou satisfeito com o atendimento que recebi no Serviço de Urgências.		
Lealdade (LE)	H8	Chahal & Mehta, 2013
LE1- Recomendo este serviço a outras pessoas na mesma situação.		
LE2- Caso necessite de cuidados de urgência, voltarei a utilizar este serviço.		
Emoções (EM)	H4 E H5	Vinagre & Neves, 2008.
EM1- A emoção predominante durante o processo de atendimento e tratamento foi:		
a) Interesse b) Prazer d) Angústia d) Medo e) Desgosto f) Vergonha g) Indiferença		
Características dos Pacientes (CA)	Baker, 1996; Wellstood, Wilson, & Eyles, 2005; Fiscella & Franks, 1999.	
CA1- Sexo: __ Feminino __ Masculino	CA4- Rendimento médio bruto mensal:	
CA2- Idade: __ Anos	__ Sem Rendimentos	
CA3- Nível de Escolaridade:	__ Até 250 euros	
__ Não sabe ler nem escrever	__ Entre 251 e 750 euros	
__ Entre o 1º ano e o 4º ano	__ Entre 751 e 1500 euros	
__ Entre o 5º ano e o 9º ano	__ Superior a 1500 euros	
__ Entre o 10º ano e o 12º ano	CA5-Cor da pulseira atribuída na triagem:	
__ Ensino superior completo	_Branca _Azul _Verde _Amarela _Laranja _Vermelha	

Fonte: Elaboração própria com base na revisão de literatura

4.4- CONCLUSÃO

No sentido de averiguar o que determina a satisfação dos pacientes e perceber qual o nível de satisfação dos mesmos no contexto dos Serviços de Urgência, procedeu-se a uma profunda revisão da literatura que culminou na criação de um modelo conceptual constituído por várias dimensões.

Estas dimensões podem ser divididas em dois grupos: seis dimensões antecedentes da satisfação e uma dimensão posterior à satisfação, às quais se adiciona uma dimensão de controlo com base nas características do paciente. As dimensões que se inserem no primeiro grupo dizem respeito à qualidade do serviço (que inclui cinco subdimensões: tangibilidade, eficiência, profissionalismo, qualidade técnica e comunicação), ao tempo de espera, ao valor percebido, às emoções, à equidade e às expectativas de satisfação, resultando nas seguintes hipóteses de estudo:

H1: A qualidade do serviço tem um efeito direto e positivo na satisfação dos pacientes.

H2: A duração do tempo de espera está negativamente relacionada com a satisfação dos pacientes.

H3: O valor percebido tem influência na satisfação dos pacientes.

H4: As emoções positivas têm um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

H5: As emoções negativas têm um efeito negativo na satisfação dos pacientes.

H6: A equidade tem um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

H7: As expectativas de satisfação têm influência na satisfação dos pacientes.

Por último, a dimensão posterior à satisfação é a lealdade, tendo-se postulado a seguinte hipótese:

H8: A satisfação tem um efeito positivo na lealdade dos pacientes.

Nos capítulos seguintes, será apresentado o estudo empírico utilizado para validar este conjunto de hipóteses. Esta validação será baseada numa metodologia de investigação que orientará um trabalho de campo, cujos resultados permitirão a validação (ou não) do modelo conceptual, para além de fornecer informação sobre os resultados relativos à avaliação da satisfação dos pacientes inquiridos.

CAPÍTULO 5- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

5.1- OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Na sequência dos aspectos específicos definidos e com base na revisão de literatura efectuada, a opção metodológica passou por validar o modelo conceptual apresentado no capítulo 4, com enfoque no efeito nos determinantes de satisfação dos pacientes de um Serviço de Urgência hospitalar. Para além disso, e com base nos inquéritos realizados, será efectuada uma avaliação do nível de satisfação dos pacientes com os serviços prestados.

5.2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De modo a validar o modelo conceptual proposto, procedeu-se à aplicação do questionário, apresentado no anexo 3, em quatro hospitais das regiões norte e centro de Portugal, sendo que dois deles são classificados como Serviço de Urgência Polivalente (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho e Hospital São João) e os outros dois como Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (Centro Hospitalar Baixo Vouga e Hospital de São Sebastião).

Contudo, tal como já foi mencionado antes de iniciar a recolha de dados nos hospitais supra mencionados, foi efectuado um pré-teste ao questionário, no sentido de identificar questões que requeriam clarificações ou que pudessem conduzir a respostas inapropriadas ou ambíguas.

Durante a fase de recolha de dados, que decorreu entre Março e Maio de 2015, os pacientes foram abordados para participar no estudo após alta médica, pois só neste momento poderiam avaliar as várias dimensões incluídas no questionário. Para além de possuir alta médica, outro critério fundamental para a integração dos pacientes no estudo, foi o facto de possuírem capacidade de resposta face ao instrumento de recolha de dados. Quando tal não se verificava, o paciente não era incluído na amostra.

Neste sentido, dos dois tipos de amostragem existentes (amostragem probabilística ou aleatória e amostragem não probabilística ou não aleatória), verifica-se que o tipo de amostragem utilizado neste estudo consiste numa amostra não probabilística ou não aleatória, que abarca tipos específicos de amostragem. Deste modo, o tipo específico de amostragem não probabilística ou não aleatória utilizado foi a amostragem de conveniência, uma vez que se solicitou a colaboração voluntária de indivíduos que preenchiam os requisitos gerais do estudo (Marôco, 2011).

Assim, foram realizadas 100 entrevistas por hospital, perfazendo um total de 400 pacientes entrevistados.

5.3- METODOLOGIA QUANTITATIVA

Após a recolha de dados que teve como base a aplicação de um questionário, foi criada uma base de dados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, que permitiu a codificação dos dados recolhidos e a realização das análises estatísticas necessárias para testar o modelo conceptual proposto e avaliar o nível de satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência.

Para tal, recorreu-se à análise fatorial exploratória e, posteriormente, ao modelo de regressão linear para validar o modelo conceptual e a um estudo descritivo-correlacional para avaliar a satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência.

5.3.1- ANÁLISE FATORIAL – MÉTODO DE COMPONENTES PRINCIPAIS

A análise fatorial corresponde a um conjunto de técnicas estatísticas que pretendem explicar a correlação entre as variáveis observáveis (Pestana & Gageiro, 2008), através da transformação de um complexo conjunto de dados (variáveis latentes), num conjunto de informação mais simples, ou seja, com menos variáveis observáveis (Field, 2009).

Como o objetivo desta análise é encontrar fatores subjacentes num grupo de variáveis (Pestana & Gageiro, 2008), Tabachnick e Fidell (2007) referem que são necessárias pelo menos 300 observações para se efetuar uma análise fatorial adequada.

O número mínimo de observações na amostra depende do número de variáveis consideradas, mas na literatura não existe consenso quanto a este valor mínimo. Alguns autores consideram que este valor deve ser no mínimo cinco vezes o número de variáveis disponíveis, mas Hair *et al* (2010) referem que este número mínimo deve ser igual a vinte.

A extração dos fatores é maioritariamente realizada com recurso a três métodos de estimação muito populares: o método da factorização do eixo principal (Marôco, 2011), da extração dos componentes principais e da máxima verosimilhança (Pestana & Gageiro, 2008). Segundo Marôco (2011), “a solução para qualquer um destes métodos pode depois ser “transladada” para obter uma solução fatorial interpretável”.

Neste estudo, recorreu-se ao método de extração dos componentes principais que tem como finalidade transformar um conjunto de variáveis originais, intercorrelacionadas, num novo conjunto, com menos variáveis, não correlacionadas, que são designadas por componentes principais e que resultam de combinações lineares das variáveis originais (Pestana & Gageiro, 2008).

No entanto, antes de iniciar a análise de componentes principais, deve-se explorar individualmente cada variável, no que diz respeito aos *outliers* e à simetria, de modo a verificar se existem *outliers* e enviesamentos que possam distorcer os resultados (Pestana & Gageiro, 2008).

A análise de componentes principais permite validar a matriz de atributos, através da observação do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), do teste de esfericidade de Bartlett, da matriz de correlações, da matriz anti-imagem, da matriz das componentes e das comunalidades (Pestana & Gageiro, 2003).

De acordo com Pestana e Gageiro (2008), um dos requisitos para aplicar o modelo fatorial é existir correlação entre as variáveis, uma vez que se a correlação for muito pequena é pouco provável que as variáveis partilhem fatores comuns. Como tal, utilizam-se dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, nomeadamente, o teste de KMO e o teste de Bartlett.

O teste de KMO é uma medida estatística de adequação da amostra que “compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis” (Marôco, 2011), variando entre zero e um. Como resultado, valores cada vez mais próximos de 0 indicam que o método é inaceitável, pelo facto de existir uma correlação fraca entre as variáveis. Por outro lado, valores próximos de 1 indicam que o método de análise fatorial é muito bom para o tratamento dos dados (Pestana & Gageiro, 2008). Os valores de referência são os seguintes:

Tabela 4- Valores de referência do KMO

KMO	Análise fatorial
1 – 0,9	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Média
0,6 – 0,7	Razoável
0,5 – 0,6	Má
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Pestana & Gageiro (2008)

Por sua vez, o teste de esfericidade de Bartlett, testa a hipótese de que a matriz das correlações é uma matriz identidade, na qual o determinante é igual a um. Este teste requer que os dados sejam provenientes de uma população normal multivariada, mas é muito influenciado

pelo tamanho da amostra, ocorrendo casos em que se rejeita a hipótese nula, quando o tamanho da amostra é elevado, pelo que é preferível recorrer-se ao teste de KMO (Pestana & Gageiro, 2008).

Numa fase posterior, mantêm-se na análise fatorial as variáveis consideradas importantes, ou seja, “aquelas que têm maiores correlações lineares entre si, ou cujos valores da matriz anti-imagem sejam elevados na diagonal e pequenos fora dela” (Pestana & Gageiro, 2008).

As variáveis consideradas importantes para a análise fatorial devem ter valores elevados nos pesos (*loadings*) e nas comunalidades. Os *loadings* são apresentados na matriz das componentes e correlacionam as variáveis com os fatores antes da rotação. As variáveis com baixos pesos devem ser eliminadas, pois afetam o valor dos *scores*. Como tal, devem apenas manter-se as variáveis com elevados *loadings* (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, segundo este mesmo autor, deverão ser consideradas como aceitáveis os *loadings* e as comunalidades iguais ou superiores a 0,5, sendo eliminadas as variáveis cujos valores sejam inferiores ao valor estabelecido.

Seguidamente, deve-se identificar, através da observação dos coeficientes, os agrupamentos de variáveis, no sentido de atribuir um nome ou uma classificação ao fator de acordo com as variáveis que o constituem (Pestana & Gageiro, 2003). Para este fim, são utilizados métodos de rotação das variáveis que possibilitam interpretar mais facilmente os fatores, pois transformam os *loadings* com valores elevados em valores ainda mais elevados e os *loadings* com valores baixos em valores ainda mais baixos, com o intuito de fazer desaparecer os valores intermédios. Estes métodos são considerados ortogonais (e.g. *Varimax*, *Quartimax*, *Equamax*) quando os fatores produzidos não estão correlacionados, ou oblíquos (e.g. *Direct Oblimin*, *Promax*), quando os novos fatores estão correlacionados (Pestana & Gageiro, 2008).

No presente estudo, proceder-se-á à utilização de métodos de rotação ortogonais, mais propriamente, o *Varimax*, cujo objetivo consiste em reduzir o número de variáveis com elevados *loadings* num fator, de modo a obter uma solução na qual cada componente principal se aproxima de valores entre mais ou menos um (quando existe associação entre ambas) ou zero (quando não se verifica associação) (Pestana & Gageiro, 2008).

Por fim, deve avaliar-se a consistência interna de cada um dos fatores extraídos, ou seja, avaliar se as variáveis têm uma distribuição normal ou simetria e se as escalas são aditivas, de modo a confirmar que cada variável se encontra relacionada linearmente com o valor da escala (Pestana & Gageiro, 2008). Uma das medidas mais utilizadas para verificar a consistência interna é o *Alpha de Cronbach*, que apresenta os seguintes valores de referência balizados entre 0 e 1:

Tabela 5- Valores de referência do Alpha de Cronbach

<i>Alpha de Cronbach</i>	Consistência interna
> 0,9	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Razoável
0,6 – 0,7	Fraca
< 0,6	Inadmissível

Fonte: Pestana & Gageiro (2008)

5.3.2 – MÉTODO DE REGRESSÃO LINEAR

A regressão linear é um modelo estatístico que permite estimar parâmetros desconhecidos e fazer previsões sobre o comportamento de uma determinada variável endógena de natureza quantitativa (variável dependente ou Y) a partir de uma ou várias variáveis exógenas também de natureza quantitativa (variáveis independentes ou X's) (Pestana & Gageiro, 2005; Pestana & Gageiro, 2008). Neste sentido, o objetivo da regressão linear consiste em explicar e prever o comportamento da variável Y em função desses X's, através de uma expressão analítica obtida através do Método dos Mínimos Quadrados (MMQ) (Pestana & Gageiro, 2005).

Quando existem várias variáveis independentes, o modelo designa-se por Modelo de Regressão Linear Múltipla (MRLM) e requer que as variáveis sejam de níveis intervalo ou rácio e a relação entre elas seja linear e aditiva (Pestana & Gageiro, 2008). A expressão analítica que representa este modelo é:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki} + \varepsilon_i, \text{ com } i = 1, 2, \dots, n$$

Nesta expressão, n corresponde à dimensão da amostra, k ao número de variáveis exógenas (independentes) observáveis adicionadas da constante, onde os X's são as variáveis observáveis, ε_i à variável exógena (independente) não observável e aleatória, a qual inclui as influências em Y que não são explicadas por X's e, por fim, β_k são grandezas que assumem sempre o mesmo valor no modelo (Pestana & Gageiro, 2005).

Por sua vez, quando existe apenas uma variável independente, o modelo designa-se por Modelo de Regressão Linear Simples (MRLS) e objetiva avaliar a relação, descrita através de uma equação, entre esta variável e a variável dependente (Pestana & Gageiro, 2008). É representado pela seguinte expressão analítica (Pestana & Gageiro, 2005):

$$Y_i = \alpha + \beta X_i + \varepsilon_i,$$

No presente estudo, será utilizado o método *stepwise* no Modelo de Regressão Linear Múltipla, de forma a reter na equação só os coeficientes mais significativos, eliminando as variáveis que não têm uma capacidade de explicação significativa do modelo. Deste modo, obtém-se uma solução otimizada (Pestana & Gageiro, 2003).

Porém, é importante sublinhar três aspetos importantes que são comuns aos dois tipos de regressão:

- **Coefficiente de correlação de Pearson (R de Pearson):** caracteriza a “qualidade obtida da reta estimada” (Pestana & Gageiro, 2003), pelo que quanto mais próximo se encontrar de -1 ou 1, melhor é o grau de associação entre as variáveis.
- **Coefficiente R_a^2 :** avalia a qualidade do ajustamento, pelo que quanto mais próximo o coeficiente R_a^2 estiver de 1, melhor será a qualidade do ajustamento em termos amostrais (Pestana & Gageiro, 2008).
- **Teste t :** é utilizado para testar a significância individual de cada variável explicativa incluída na regressão e se esses parâmetros individualmente são ou não nulos. Caso se verifique que o teste t apresenta um valor de significância superior a 0,01 (para um intervalo de confiança igual a 99%), a 0,05 (para um intervalo de confiança igual a 95%) ou a 0,1 (para intervalo de confiança igual a 90%), a variável independente não explica a variável dependente (Pestana & Gageiro, 2003).
- **Teste F :** permite validar a significância global do conjunto de variáveis incluídos na regressão, tal que se rejeita a hipótese nula se existir pelo menos um coeficiente não nulo. Deste modo, se o valor associado da significância do teste F for inferior a 0,1 (sig.<0,1), a(s) variável(eis) independente(s) explica(m) a variação da variável dependente (Pestana & Gageiro, 2003).

5.3.3 – ANÁLISE DESCRITIVA CORRELACIONAL

A análise descritiva correlacional permite cruzar duas variáveis e, consoante o tipo de variáveis em utilização, realizar determinados testes para verificar a existência de associação significativa entre as variáveis cruzadas. Deste modo, quando as variáveis cruzadas são categóricas (qualitativas) é utilizado o teste de Qui-Quadrado e quando as variáveis em cruzamento são discretas (quantitativas) é utilizado o teste de Pearson. Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis quando o valor sig dos testes mencionados for inferior a 0,05, conduzindo à rejeição da hipótese H_0 .

Na presente investigação, a análise descritiva correlacional será realizada na primeira fase com base no cruzamento da variável SA1 (satisfação global) com cada uma das variáveis sócio-demográficas e numa segunda fase, com o efeito cruzado dos score centrados nas medições utilizadas para as variáveis não observáveis.

É de salientar que serão também apresentados os valores relativos à média de modo a confirmar os valores percentuais apresentados anteriormente.

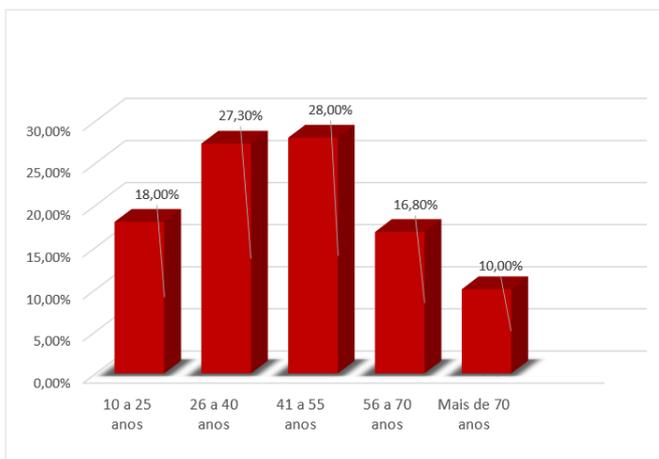
Importa salientar que os cálculos percentuais quanto à insatisfação e à satisfação foram realizados com base na junção dos pontos discordo totalmente, discordo e discordo em parte (insatisfação) e concordo em parte, concordo e concordo totalmente (satisfação).

CAPÍTULO 6- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Fazendo uma análise sumária dos dados sociodemográficos recolhidos, verifica-se que a amostra é constituída por mais participantes do sexo masculino (n= 229, 57,2 %) e por participantes pertencentes à faixa etária entre os 26 e os 40 anos de idade (27,3%), e os 41 e os 55 anos (28%) tal como se pode verificar no Gráficos 4 e 6.

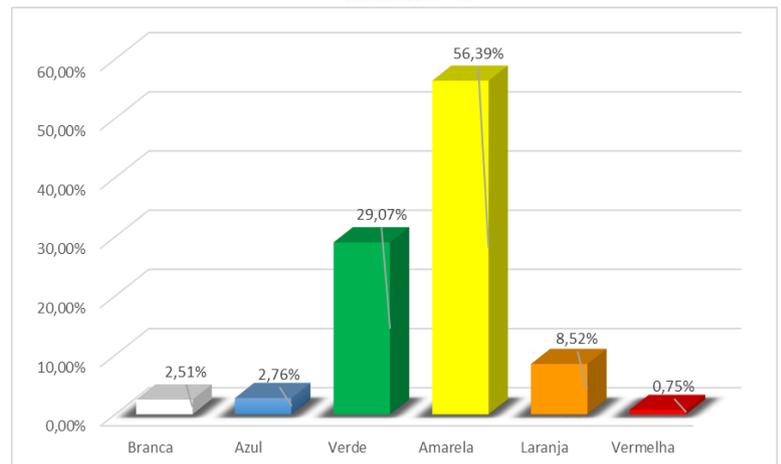
No que concerne ao Sistema de Triagem de Manchester, o Gráfico 5 demonstra que o nível de gravidade estimado da doença dos participantes que foram incluídos neste estudo, foi classificado maioritariamente como sendo urgente e pouco urgente, ou seja, com a pulseira amarela (56,39%) e com a pulseira verde (29,07%).

Gráfico 4- Distribuição dos participantes por faixa etária



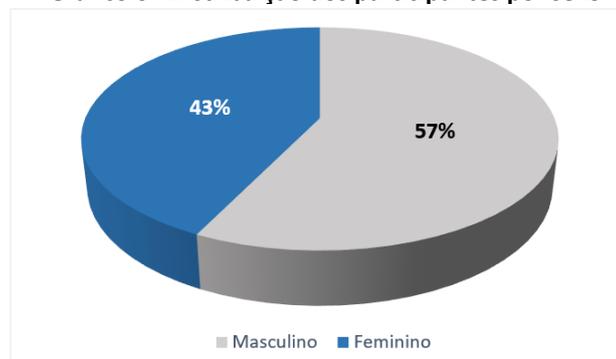
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5- Distribuição dos participantes segundo a triagem de Manchester



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por sexo



Fonte: Elaboração própria.

6.1- VALIDAÇÃO DO MODELO CONCEPTUAL

6.1.1- ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS ÀS SUBDIMENSÕES DA QUALIDADE DO SERVIÇO

Na presente investigação, a Qualidade do Serviço Percebida (QSP) foi medida através de um conjunto de 17 itens que se encontram distribuídos por cinco subdimensões (TAngibilidade, PProfissionalismo, COmunicação, QUalidade técnica e EFiciência), segundo uma escala de Likert de 7 pontos, na qual 1 corresponde a “discordo totalmente” e 7 a “concordo totalmente”.

Como análise prévia, observando a tabela 13 do anexo 4, verifica-se que apenas cinco dos dezassete itens em análise não apresentam uma distribuição simétrica, nomeadamente, os itens TA4 (-2,021), PR2 (-2,245), PR4 (-2,613), CO1 (-2,052) e CO2 (-2,228). Estes itens apresentam-se como distribuições ligeiramente assimétricas, sendo consideradas negativas ou enviesadas à direita, o que significa que as suas medidas de tendência central se aproximam dos valores máximos da escala (7 “concordo totalmente”).

No entanto, devido ao número reduzido de itens em análise e ao facto de os itens acima mencionados terem valores apenas ligeiramente assimétricos, considera-se que se está perante uma distribuição normal em todos os itens e que as estatísticas descritivas das variáveis em análise não são distorcidas.

Iniciando a análise de componentes principais observa-se que os valores obtidos na estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica a proporção da variância dos dados, ou seja, o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise de componentes principais, sugerem que a qualidade dos dados das cinco subdimensões (ou fatores) que contribuem para avaliar a qualidade do serviço é razoável. Os valores observados variam entre 0,500 para o fator EFiciência e 0,805 para o fator COmunicação, sendo que nos restantes fatores (QUalidade técnica, TAngibilidade e PProfissionalismo) se observam valores de 0,726, 0,730 e 0,788, respetivamente. Como tal, poder-se-á prosseguir com a realização da análise de componentes principais, pelo facto de estes valores se encontrarem dentro dos limites admissíveis.

Relativamente ao teste de esfericidade de Bartlett, verifica-se que a matriz de correlações para todas as cinco subdimensões é uma matriz identidade, para um nível de significância de 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula (matriz de correlações populacionais igual à matriz identidade, sig.=0,000).

Para além de existirem *loadings* superiores a 0,5 em cada uma das componentes, verifica-se através das comunalidades, apresentadas na tabela 6, que a percentagem da variância na maioria

das variáveis que é explicada pelos fatores é superior a 0,5, existindo apenas duas variáveis com valores inferiores, nomeadamente, as variáveis TA4 e PR1 com valores de 0,414 e 0,441, respetivamente.

No que se refere à consistência interna de cada uma das cinco subdimensões, observa-se, através da análise do Alpha de Cronbach, que é muito boa no fator 3 (COmunicação) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,904$), boa no fator 2 (PProfissionalismo) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,825$) e fator 4 (QQualidade Técnica) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,867$) e razoável no Fator 1 (TAngibilidade) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,721$) e fator 5 (EFiciência) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,781$). Embora a consistência interna das componentes TAngibilidade e EFiciência seja considerada razoável, estas componentes são ainda admissíveis, pelo que se mantêm na análise de componentes principais realizada.

Tabela 6- Análise de Componentes Principais às Subdimensões da Qualidade do Serviço

Fatores	Variáveis	Comunalidades	Componentes	KMO	Teste de Barlett	Alpha de Cronbach
Tangibilidade	TA1	0,641	0,801	0,730	328,582 (P=0,000)	0,721
	TA2	0,593	0,770			
	TA3	0,564	0,751			
	TA4	0,414	0,644			
Profissionalismo	PR1	0,441	0,664	0,788	664,967 (P=0,000)	0,825
	PR2	0,785	0,886			
	PR3	0,748	0,865			
	PR4	0,697	0,835			
Comunicação	CO1	0,814	0,902	0,805	1113,104 (P=0,000)	0,904
	CO2	0,836	0,914			
	CO3	0,772	0,879			
	CO4	0,700	0,837			
Qualidade Técnica	QU1	0,738	0,859	0,726	597,302 (P=0,000)	0,867
	QU2	0,811	0,901			
	QU3	0,824	0,908			
Eficiência	EF1	0,824	0,908	0,500	216,405 (P=0,000)	0,781
	EF2	0,824	0,908			

Fonte: Elaboração própria.

6.1.2- ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS ÀS DIMENSÕES ANTECEDENTES DA SATISFAÇÃO

Na secção anterior, procedeu-se à análise da distribuição individual dos dezassete itens que compõem a qualidade do serviço, dada a particularidade desta dimensão ser resultado de um conjunto de subdimensões. No entanto, aos dezassete itens que compõem a qualidade do serviço, acrescem ainda sete itens que permitem avaliar as restantes dimensões antecedentes da satisfação, segundo uma escala de Likert de 7 pontos, como já referido anteriormente.

Quando se analisa os sete itens quanto à sua distribuição, verifica-se que os valores estão dentro dos valores considerados aceitáveis para a simetria (inferior a 2) e para a assimetria (inferior

a menos 2). Como se observa na tabela 14 do anexo 4, do total de itens, apenas dois apresentaram uma distribuição simétrica, nomeadamente, os itens VA2 (1,065) e EM (0,185). Os restantes cinco itens apresentaram valores inferiores a menos 2, sugerindo uma distribuição assimétrica. No entanto, tanto os valores negativos (enviesados à direita) como os valores positivos (enviesados à esquerda) apresentam uma distribuição normal em todos os itens e as estatísticas descritivas das variáveis em análise não são distorcidas.

Procedendo-se à análise de componentes principais, especificamente, à análise dos valores obtidos no teste de KMO relativamente às três dimensões antecedentes de satisfação, verifica-se a existência de uma má correlação, mas ainda assim aceitável, para os fatores de TEmpo de espera (0,500), VAlor percebido (0,546) e EQuidade (0,500).

Tal como ilustra a tabela 7, o teste de esfericidade de Bartlett tem associado um nível de significância de 0,00 nestas três dimensões, o que conduz à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, para qualquer p , demonstrando, assim, que existe correlação entre as variáveis.

As componentes apresentam coeficientes ou pesos (*loadings*) maioritariamente superiores a 0,5, com exceção da variável VA2 que apresenta um valor igual a 0,479. Analogamente, as comunalidades apresentam maioritariamente valores superiores a 0,5, com valores a variar entre os 0,685 e os 0,872, sendo a única exceção a variável VA2 com um valor igual a 0,229.

Relativamente à consistência interna, avaliada através do Alpha de Cronbach, observa-se que é boa para o fator 1 (TEmpo de espera) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,853$) e fraca para o fator 3 (EQuidade) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,673$), que mesmo assim permanece na análise por ser considerada admissível. Embora a consistência interna do fator 2 (VAlor percebido) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,526$) seja considerada por Pestana e Gageiro (2003) como inadmissível, dado apresentar um valor inferior a 0,6, esta componente permanecerá na análise, uma vez que o valor do Alpha de Cronbach se aproxima de 0,6.

Nesta análise de componentes principais, não foram consideradas as dimensões relativas às EMOções e às EXpectativas de satisfação, dado que estas variáveis são diretamente observáveis.

Fatores	Variáveis	Comunalidades	Componentes	KMO	Teste de Barlett	Alpha de Cronbach
Fator 1 Tempo de Espera	TE1	0,872	0,934	0,500	320,109 (P=0,000)	0,853
	TE2	0,872	0,934			
Fator 2 Valor Percebido	VA1	0,716	0,846	0,546	147,956 (P=0,000)	0,526
	VA2	0,229	0,479			
	VA3	0,685	0,828			
Fator 3 Equidade	EQ1	0,760	0,872	0,500	125,488 (P=0,000)	0,673
	EQ2	0,760	0,872			

Fonte: Elaboração própria.

6.1.3- ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS À DIMENSÃO POSTERIOR DE SATISFAÇÃO

Analisando os dois itens que constituem a dimensão posterior da satisfação (LEaldade) quanto à sua distribuição, verifica-se, através da tabela 15 do anexo 4, que ambos apresentam uma distribuição assimétrica, sendo enviesados à direita. Como os valores obtidos são considerados aceitáveis no que diz respeito à assimetria, prossegue-se para a análise de componentes principais, considerando-se uma distribuição normal.

O valor obtido no teste de KMO (0,500) relativamente à dimensão posterior da satisfação (LEaldade), é considerado de má qualidade, mas mesmo assim aceitável, podendo, portanto, manter-se na análise de componentes principais.

Quanto ao teste de esfericidade de Bartlett, este indica que a sua matriz de correlações não é uma matriz identidade ($p=0,000$).

Observando-se os elevados valores das comunalidades, apresentados na tabela 8, verifica-se que as variáveis têm uma forte relação com os fatores retidos, sendo que estes explicam 87% da variância de LE1 e LE2. Do mesmo modo, a análise às componentes demonstra coeficientes igualmente elevados em ambas as variáveis (0,933).

Quanto à consistência interna no fator 1 (LEaldade) ($\alpha_{\text{Cronbach}}=0,839$), avaliada pelo Alpha de Cronbach, podemos considerá-la boa, pelo que se poderá prosseguir com a análise de componentes principais.

Tabela 8- Análise de Componentes Principais à Dimensão Posterior da Satisfação

Fatores	Variáveis	Comunalidades	Componentes	KMO	Teste de Barlett	Alpha de Cronbach
Fator 1 Lealdade	LE1	0,870	0,933	0,500	316,292 ($P=0,000$)	0,839
	LE2	0,870	0,933			

Fonte: Elaboração própria.

6.1.4- ANÁLISE DE REGRESSÃO ÀS DIMENSÕES ANTECEDENTES DA SATISFAÇÃO

Com o objetivo de analisar a influência que as dimensões antecedentes da satisfação (validação das hipóteses numeradas de H1 a H7) exercem sobre a mesma, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método *stepwise*), contendo uma variável dependente (satisfação) e sete variáveis independentes, sendo que quatro delas foram extraídas da análise fatorial. A equação a estimar é então:

$$SA_i = \alpha + \beta_1 QSP_i + \beta_2 TE_i + \beta_3 VA_i + \beta_4 EQ_i + \beta_5 EX_i + \beta_6 EM_i + \varepsilon_i, \text{ onde}$$

SA= Satisfação – variável dependente;

$i = 1, \dots, n$ – Número de inquiridos;

QSP= Qualidade do Serviço Percebido

TE= TEmpo de espera

VA= VALor percebido

EQ= EQuidade

EX= EXpectativas de satisfação

EM= EMOções

ε_i = Resíduos.

Relativamente ao teste de Durbin-Watson, o valor obtido é igual a 1,974, pelo que se conclui que não existe autocorrelação dos resíduos, dado que é um valor muito próximo de 2. Quando isto acontece, significa que o valor do teste pertence à região de aceitação e, como tal, a covariância entre os resíduos é nula.

Por outro lado, como se pode verificar na tabela 9, não se confirma a presença de multicolinearidade uma vez que a tolerância varia entre 0 e 1 e o VIF tem valores entre 0 e 6, estando assim todos estes valores dentro da aceitabilidade.

Para além disto, verifica-se que o coeficiente R_a^2 (0,874) está muito próximo de 1, sugerindo uma boa qualidade do ajustamento em termos amostrais. Já o coeficiente de correlação R de Pearson (0,936) revela um bom grau de associação entre as variáveis.

Quanto à significância conjunta (teste F), obteve-se um valor igual a 0,000, o que permite a validação do modelo de forma global, uma vez que apresenta um valor inferior a 0,1. Considerando a significância individual (teste t), para um nível de significância de 5%, verifica-se que cinco dimensões (Qualidade do Serviço Percebida, TEmpo de espera, VALor percebido, EQuidade e EXpectativas de satisfação) obtiveram valores inferiores a 0,05, permitindo concluir que estas variáveis independentes explicam a variável dependente (Satisfação). Contudo, uma das dimensões (EMoções) obtiveram valores superiores ao limite aceitável (0,05), pelo que foram excluídas do modelo conceptual por não obterem corroboração estatística.

Assim sendo, cinco das dimensões propostas apresentam uma boa qualidade da equação estimada pelo modelo conceptual, conduzindo à validação das hipóteses H1, H2, H3, H6 e H7. O mesmo não se verifica com as hipóteses H4, H5 que foram rejeitadas.

Tabela 9- Análise de Regressão às Dimensões Antecedentes da Satisfação

Hipóteses	Variáveis independentes	VIF	Tolerância	β Não estandardizados	t	Sig. teste t
	α (constante)			2,057	11,846	0,000
H1	Qualidade do Serviço	2,382	0,420	1,765	14,853	0,000
H2	Tempo de Espera	1,761	0,568	0,120	3,243	0,001
H3	Valor Percebido	2,135	0,468	0,128	3,132	0,002
H6	Equidade	2,379	0,420	0,240	5,577	0,000
H7	Expectativas de Satisfação	2,823	0,354	0,385	12,131	0,000
H4/H5	Emoções	1,041	0,960	0,005	0,464	0,643
					R	0,936
					R ²	0,875
					R _a ²	0,874
					F	460,536
					Sig. Teste F	0,000
					Teste Durbin Watson	1,974

6.1.5- ANÁLISE DE REGRESSÃO À DIMENSÃO POSTERIOR DA SATISFAÇÃO

Com o intuito de verificar se a satisfação exerce efeito na LEaldade (H8), realizou-se uma análise de regressão linear simples com a variável dependente (LEaldade), apurada através de uma variável quantitativa medida numa escala de 7 pontos, e com a variável independente (Satisfação).

A equação a estimar é portanto:

$$LE_i = \alpha + \beta_1 SA_i + \varepsilon_i, \text{ onde}$$

LE= LEaldade, variável quantitativa – variável dependente;

$i = 1, \dots, n$ – Número de inquiridos;

SA= Satisfação

ε_i = Resíduos.

Após a realização do teste de Durbin-Watson, obteve-se um valor de 1,993, estando este muito próximo de 2, pelo que não existe autocorrelação dos resíduos. Assim, o valor do teste pertence à região de aceitação e a covariância entre os resíduos é nula.

Por sua vez, não se verifica a presença de multicolinearidade dado que a tolerância, ao variar entre 0 e 1, apresenta um valor igual a 1 e o VIF, ao variar entre 0 e 6, apresenta também um valor igual a 1.

Quanto à qualidade do ajustamento, verifica-se que o coeficiente R_a^2 (0,705) está muito próximo de 1, pelo que se concluiu que existe uma boa qualidade do ajustamento em termos amostrais. Relativamente ao coeficiente de correlação R de Pearson (0,840) este revela um bom grau de associação entre as variáveis.

No teste F obteve-se um valor de significância igual a 0,000, que conduz à validação do modelo de forma global, dado que o valor é inferior a 0,01. Do mesmo modo, no teste t, para um intervalo de confiança de 95%, obteve-se um valor igual a 0,000, sugerindo que a variável independente (satisfação) explica a variável dependente (lealdade).

Estes resultados permitem concluir que existe uma boa qualidade da reta estimada pelo modelo, pelo que a hipótese H8 é suportada estatisticamente, ou seja, a satisfação exerce um efeito positivo na LEaldade dos pacientes.

Tabela 10- Análise de Regressão à Dimensão Posterior da Satisfação

Hipóteses	Variáveis independentes	VIF	Tolerância	β Não estandardizados	t	Sig. teste t
	α (constante)			-3,050	-29,821	0,000
H8	Lealdade	1,000	1,000	0,536	30,929	0,000
					R	0,840
					R ²	0,706
					R_a^2	0,705
					F	956,620
					Sig. Teste F	0,000
					Teste Durbin Watson	1,993

Fonte: Elaboração própria.

6.2- AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO² DOS PACIENTES

6.2.1- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

A qualidade do Serviço de Urgência percebida pelo paciente é composta, teoricamente, por cinco subdimensões (tangibilidade, eficiência, comunicação, profissionalismo e qualidade técnica), sendo cada uma destas constituída por um conjunto de variáveis específicas. Para testar as dezassete variáveis que se encontram distribuídas pelas cinco subdimensões, procedeu-se ao cruzamento e ao teste de Qui-quadrado entre cada uma destas variáveis e a variável satisfação global (SA), resultando numa associação estatisticamente significativa entre todas as variáveis das subdimensões da qualidade do serviço e a variável SA (Sig.<0,05), conduzindo assim à rejeição da hipótese H_0 , tal como se pode observar na tabela 16 do anexo 5.

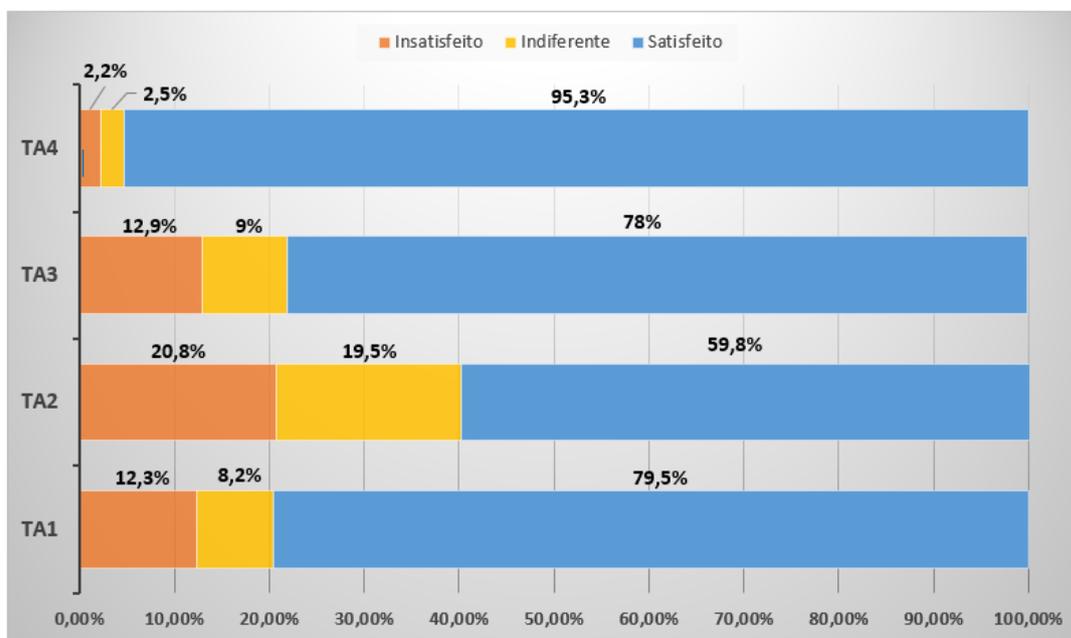
No que concerne à subdimensão **tangibilidade**, os resultados obtidos indicam elevados níveis de satisfação nas variáveis TA1, TA3 e TA4, tal como se pode observar no Gráfico 7. Ampliando o grau de análise em cada uma destas variáveis, verifica-se que na variável TA1, 79,5% dos 400 pacientes inquiridos consideraram que as instalações dos hospitais têm uma boa aparência, são amplas, iluminadas, bem decoradas e possuem equipamento médico com aspeto moderno. Contrariando esta tendência, 8,2% demonstraram-se indiferentes e 12,3% insatisfeitos. De modo similar, na variável TA3, 78% dos pacientes inquiridos demonstram-se satisfeitos com a segurança das instalações e com o acesso fácil e imediato que estas proporcionam aos visitantes, verificando-se apenas uma pequena percentagem de pacientes que se mostraram indiferentes (9%) e insatisfeitos (12,9%). O mesmo cenário se verifica na variável TA4, onde se regista um valor de satisfação igual a 95,3% relativamente ao vestuário utilizado pelos profissionais de saúde, estando apenas 2,5% dos pacientes indiferentes e 2,2% insatisfeitos. Contrariamente aos resultados registados nestas três variáveis, a variável TA2 apresenta um nível de satisfação menos expressivo, sendo que apenas 41,8% dos pacientes se sentiram satisfeitos com os serviços complementares disponibilizados pelos hospitais, estando 19,5% dos pacientes indiferentes e 20,8% insatisfeitos com os serviços complementares disponibilizados.

Ao analisar cada variável desta subdimensão quanto à média das respostas, verifica-se o que já foi descrito anteriormente, visto que os valores das variáveis TA1 ($\bar{x} = 5,32$), TA2 ($\bar{x} = 4,85$), TA3

² Os cálculos percentuais apresentados nesta secção relativos à satisfação e à insatisfação foram realizados com base na junção dos pontos concordo em parte, concordo totalmente (satisfação) e discordo totalmente, discordo e discordo em parte (insatisfação).

($\bar{x} = 5,47$) e TA4 ($\bar{x} = 6,29$) se enquadram nos pontos do questionário classificados como “concordo em parte” e “concordo”, reforçando, assim, a posição de satisfação dos pacientes face às variáveis supramencionadas.

Gráfico 7- Nível de satisfação dos pacientes na subdimensão Tangibilidade

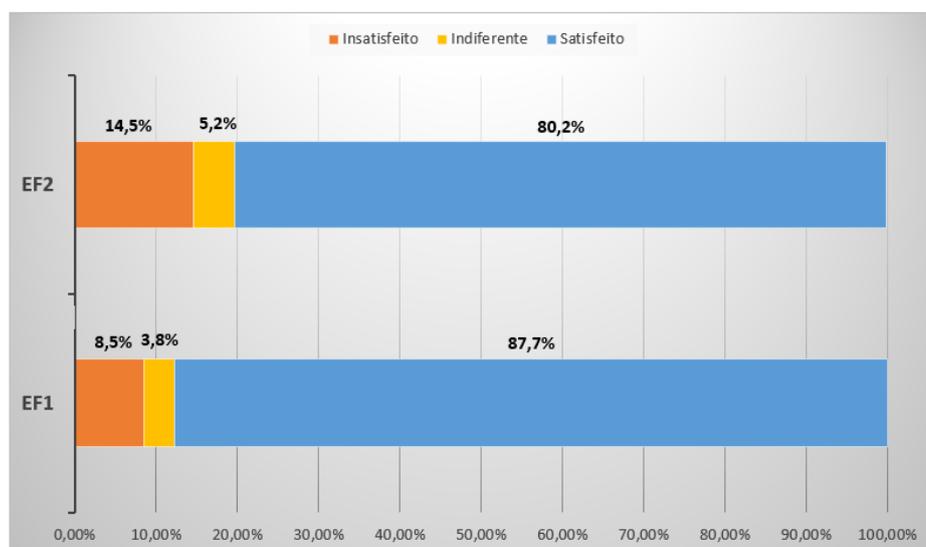


Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à subdimensão **eficiência**, verificou-se um resultado maioritariamente positivo em ambas as variáveis, dado os elevados níveis de satisfação dos pacientes. Como demonstra o Gráfico 8 para a variável EF1, 87,7% dos pacientes consideraram que os profissionais envolvidos na prestação dos cuidados tiveram capacidade de coordenação e de colaboração entre si, estando apenas 3,8% dos pacientes indiferentes e 8,5% insatisfeitos. Recorrendo ao Gráfico 8 para a variável EF2, verifica-se que 80,2% dos pacientes consideraram que a assistência prestada foi contínua, com um encaminhamento atempado e exames e tratamentos sincronizados entre si. Contrariamente, embora em valores menos expressivos, 5,2% dos pacientes demonstraram-se indiferentes e 14,5% insatisfeitos.

Ao analisar individualmente cada uma das variáveis desta subdimensão em relação à média, confirma-se o que já foi descrito, dado que os valores médios das variáveis EF1 ($\bar{x} = 5,93$) e EF2 ($\bar{x} = 5,67$) se enquadram no ponto “concordo” do questionário aplicado, reforçando, deste modo, a posição de satisfação dos pacientes face às variáveis em questão.

Gráfico 8- Nível de satisfação dos pacientes na subdimensão Eficiência

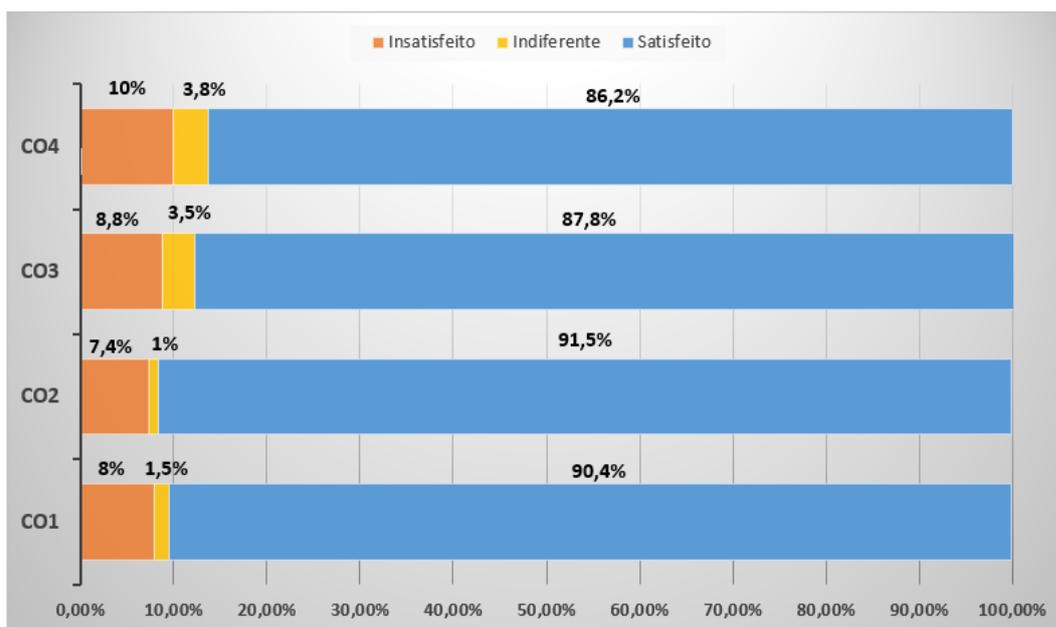


Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à subdimensão **comunicação**, registaram-se novamente elevados níveis de satisfação em todas as variáveis avaliadas. Deste modo, na variável CO1, 90,4% dos pacientes que recorreram aos serviços de urgência, sentiram-se envolvidos no seu processo de tratamento e consideraram que os profissionais de saúde os ouviram sem pressa, estando apenas 1,5% dos pacientes indiferentes e 8% insatisfeitos. Na variável CO2, 91,5% dos pacientes mostraram-se satisfeitos com as explicações que lhes foram prestadas no atendimento e no tratamento e consideraram que estas foram prestadas sem falhas ou lapsos e de forma clara e compreensível. Apenas 1% dos pacientes relataram uma postura de indiferença e 7,4% mostraram-se insatisfeitos. No que se refere à variável CO3, 87,8% dos pacientes consideraram que as informações recebidas identificaram claramente as causas e os sintomas subjacentes ao seu problema. No entanto, 3,5% demonstraram-se indiferentes e 8,8% insatisfeitos. Em relação à variável CO4, 86,2% dos pacientes consideraram que foram informados sobre o diagnóstico efetuado, o prognóstico clínico e a forma como poderiam retomar a sua vida normal. No entanto, embora de forma menos expressiva, 3,8% dos pacientes assumiram uma posição de indiferença e 10% mostraram-se insatisfeitos.

Ao analisar estas três variáveis em relação à sua média, confirma-se a posição de satisfação dos pacientes, dado que os valores médios para as variáveis CO1 ($\bar{x} = 6,06$), CO3 ($\bar{x} = 5,99$), CO2 ($\bar{x} = 6,17$) e CO4 ($\bar{x} = 5,96$), se posicionam no ponto do questionário classificado como “concordo”.

Gráfico 9- Nível de satisfação dos pacientes na subdimensão Comunicação

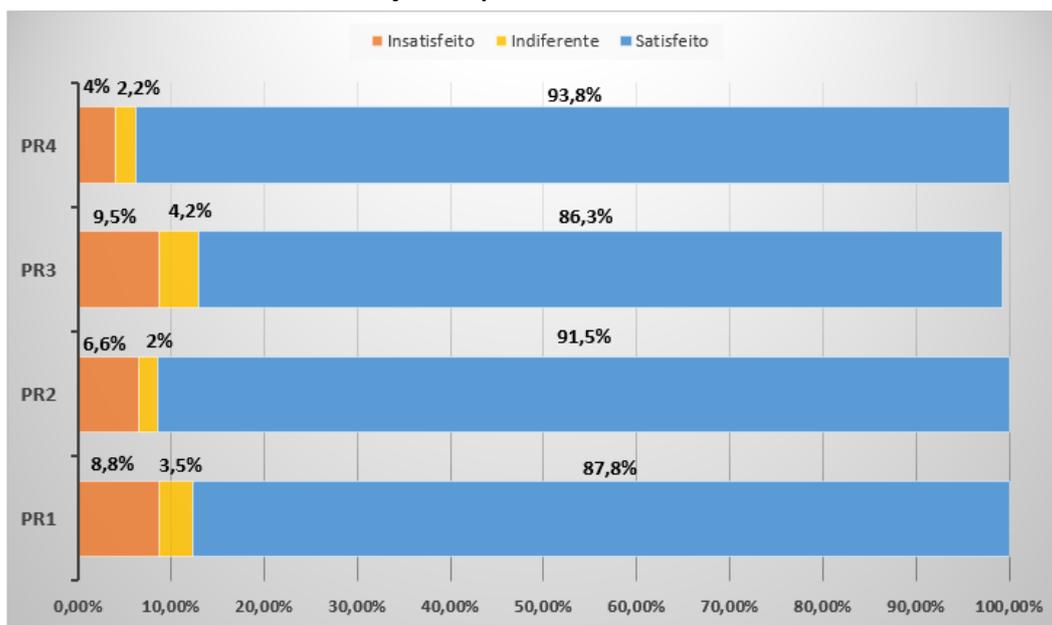


Fonte: Elaboração própria.

Quanto à subdimensão **profissionalismo**, verifica-se que na variável PR1, 87,8% dos pacientes consideraram que o processo administrativo de admissão foi efetuado de forma correta, tendo sido recolhida toda a informação necessária. Contrariando esta tendência, 3,5% dos pacientes revelaram uma posição de indiferença e 8,8% assumiram estar insatisfeitos. No que se refere à variável PR2, observa-se uma elevada percentagem de satisfação (91,5%) por parte dos pacientes ao considerar que os profissionais aparentavam ter conhecimentos e experiência no tratamento do seu caso. Apenas 2% se mostraram indiferentes e 6,6% insatisfeitos. Relativamente à variável PR3, 86,3% dos pacientes inquiridos consideraram que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuaram de forma rápida oportuna e eficaz na assistência médica. No entanto, 4,2% dos pacientes demonstram-se indiferentes e 9,5% assumiram estar insatisfeitos. Na variável PR4, verifica-se uma elevada percentagem de pacientes satisfeitos (93,8%) com o modo como os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) comunicaram e se comportaram face à situação em causa, estando apenas 2,2% dos pacientes indiferentes e 4% insatisfeitos.

Ao averiguar individualmente as variáveis que constituem a subdimensão profissionalismo em relação à média, corrobora-se a posição de satisfação dos pacientes, dado que as variáveis PR1 ($\bar{x} = 5,89$), PR2 ($\bar{x} = 6,11$), PR3 ($\bar{x} = 5,91$) e PR4 ($\bar{x} = 6,31$), apresentam valores médios que se enquadram no ponto “concordo” do questionário aplicado.

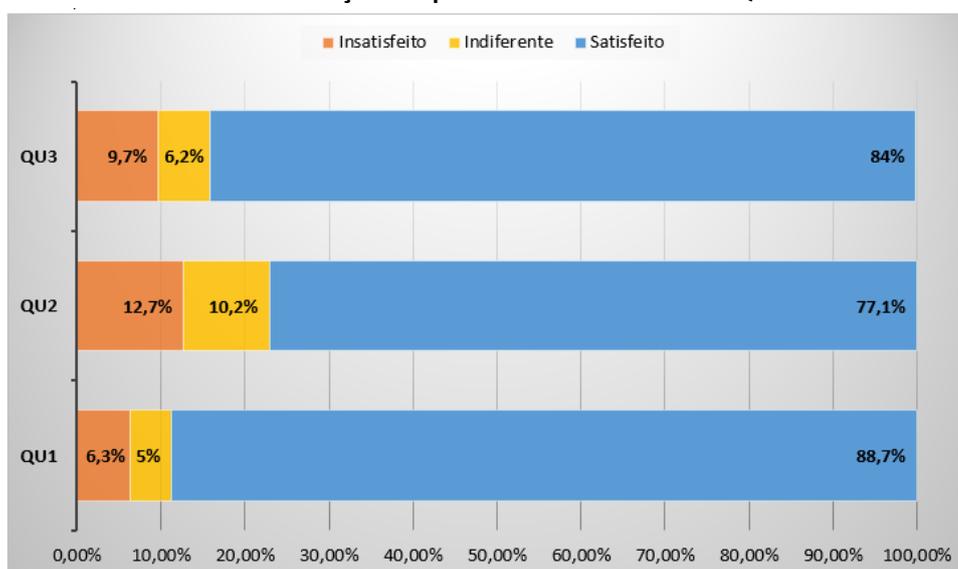
Gráfico 10- Nível de satisfação dos pacientes na subdimensão Profissionalismo



Fonte: Elaboração própria.

Analisando a variável QU1 da subdimensão **qualidade técnica**, verifica-se que 88,7% dos pacientes consideraram que foram recomendados os exames e os tratamentos mais adequados à sua situação, estando apenas 5% dos pacientes indiferentes e 6,3% insatisfeitos. Na variável QU2 da subdimensão **qualidade técnica**, verifica-se que 77,1% dos pacientes ficaram impressionados com o atendimento recebido, estando apenas 10,2% dos pacientes indiferentes e 12,7% insatisfeitos. Na variável QU3, 84% dos pacientes consideram que os cuidados recebidos foram de excelente qualidade. No entanto, 6,2% dos pacientes assumiram uma posição de indiferença e 9,7% demonstraram-se insatisfeitos.

Gráfico 11- Nível de satisfação dos pacientes na subdimensão Qualidade Técnica



Fonte: Elaboração própria.

Ao apurar a média individual das variáveis que constituem esta dimensão, verifica-se que os valores médios das variáveis QU1 ($\bar{x} = 6,05$), QU2 ($\bar{x} = 5,32$) e QU3 ($\bar{x} = 5,57$) se posicionam nos pontos “concordo em parte” e “concordo” do questionário aplicado, pelo que estes valores reforçam a posição de satisfação dos pacientes.

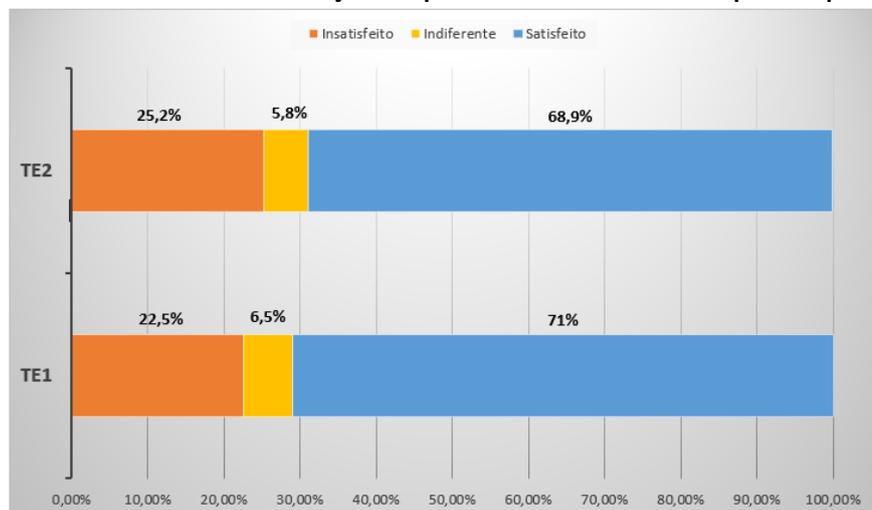
6.2.2- AVALIAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Ao realizar o cruzamento individual das duas variáveis incluídas na dimensão tempo de espera com a variável relativa à satisfação global (SA), observou-se, através do teste de Qui-quadrado (ver anexo 5, tabela 17), que existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis (TE1 e TE2) e a satisfação global (Sig.< 0,05), rejeitando assim a hipótese H_0 . Como tal, pode-se concluir que o tempo de espera que decorreu entre a triagem e a consulta médica (TE1) e o tempo de espera que decorreu entre a triagem e a alta do paciente (TE2) influenciou o seu nível de satisfação.

Em termos descritivos, os resultados obtidos foram maioritariamente positivos como podemos verificar no Gráfico 12. Relativamente ao tempo de espera entre a triagem e a consulta médica, 71% dos pacientes consideraram o mesmo apropriado, 6,5% demonstraram indiferença e 22,5% revelaram estar insatisfeitos. Quanto ao tempo total de espera, isto é, o tempo que decorreu entre a triagem e a alta médica, 68,9% dos pacientes consideraram o tempo de espera apropriado, 5,8% mostraram-se indiferentes e 25,2% consideram o tempo de espera inapropriado.

Analisando individualmente ambas as variáveis no que concerne à média, verifica-se que os valores obtidos em TE1 ($\bar{x} = 5,08$) e TE2 ($\bar{x} = 4,95$) se enquadram no ponto “concordo em parte” do questionário aplicado, sendo que estes resultados corroboram os níveis de satisfação anteriormente descritos.

Gráfico 12- Nível de satisfação dos pacientes na dimensão Tempo de Espera



Fonte: Elaboração própria.

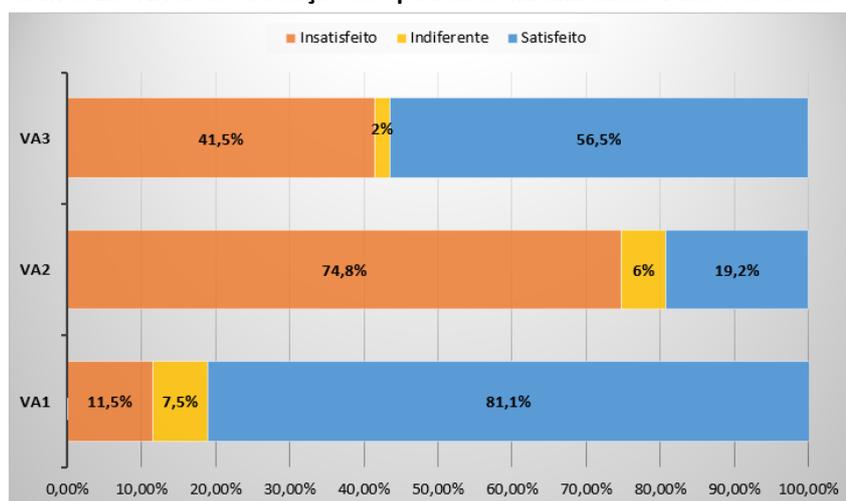
6.2.3- AVALIAÇÃO DO VALOR PERCEBIDO NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Ao efetuar o cruzamento entre cada uma das variáveis da dimensão valor percebido com a variável SA (nível de satisfação global), verificou-se, através do teste de Qui-quadrado, que as variáveis VA1, VA2 e VA3 têm uma associação estatisticamente significativa com o nível de satisfação global (Sig.<0,05), pelo que se rejeita a hipótese H_0 e se conclui que o valor que é percebido pelos pacientes influencia a sua satisfação, tal como se pode observar na tabela 17 do anexo 5.

Relativamente à descrição estatística de cada uma das variáveis desta dimensão, os resultados obtidos demonstram três cenários diferentes. No que diz respeito à variável VA1, 81,1% dos pacientes consideram ter recebido um serviço de boa qualidade numa instituição de prestígio, enquanto 7,5% se mostraram indiferentes e 11,5% assumiram a sua insatisfação. Relativamente à variável VA2, registou-se um elevado nível de insatisfação perante o valor que é pago nos serviços de urgência (taxas moderadoras), sendo que 74,8% dos pacientes consideraram o valor cobrado inadequado. No entanto, 6% dos pacientes mostraram-se indiferentes e 19,2% concordaram que o valor das taxas moderadoras é adequado. Por último, na variável VA3 registaram-se valores percentuais equilibrados, dado que 56,5% dos pacientes consideraram que durante o processo de atendimento e tratamento estiveram sob stress físico e mental e 41,5% dos pacientes discordam ter estado sob esta condição. Apenas 2% dos pacientes mencionaram uma postura de indiferença.

Quando se procede à avaliação dos valores médios de cada variável da dimensão valor percebido, constata-se que os valores obtidos em VA1 ($\bar{x} = 5,59$), VA2 ($\bar{x} = 2,55$) e VA3 ($\bar{x} = 4,64$), corroboram os dados acima descritos, sendo que para a variável VA1 o valor médio se situa no ponto “concordo”, para a variável VA2 no ponto “discordo em parte” e para a variável VA3 no ponto “concordo em parte” do questionário aplicado.

Gráfico 13- Nível de satisfação dos pacientes na dimensão Valor Percebido



Fonte: Elaboração própria.

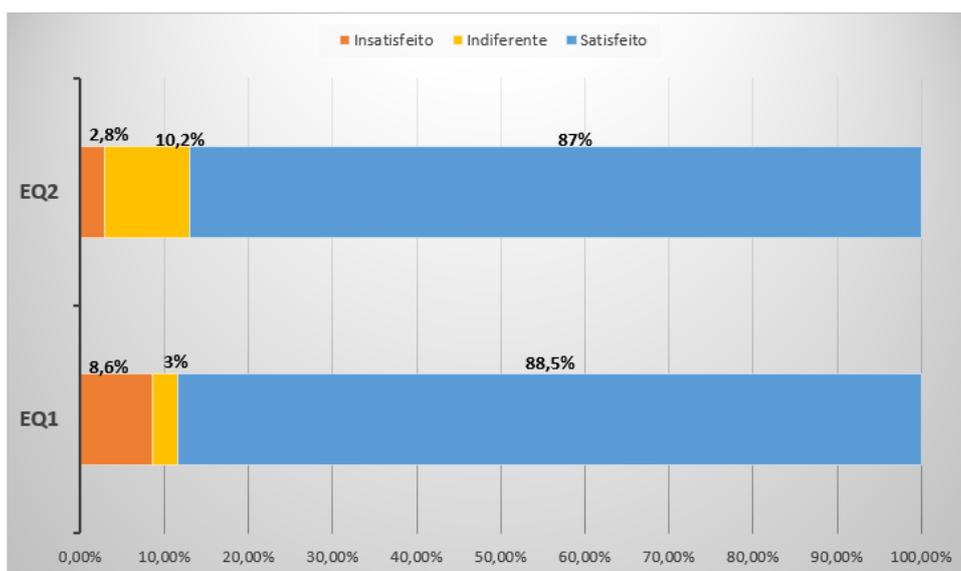
6.2.4- AVALIAÇÃO DA EQUIDADE NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

No cruzamento individual de cada uma das duas variáveis da dimensão equidade com a variável SA, verifica-se, através do teste de Qui-quadrado, que as duas variáveis (VA1 e VA2) têm uma associação estatisticamente significativa com o nível de satisfação global (Sig.<0,05), pelo que se rejeita a hipótese H_0 e se concluiu que a equidade influencia o nível de satisfação dos pacientes, tal como se pode observar na tabela 17 do anexo 5.

Em ambas as variáveis é notório um resultado maioritariamente positivo, dado os elevados níveis de satisfação dos pacientes. Como tal, na variável EQ1, 88,5% dos pacientes consideraram o atendimento e tratamento justo face à gravidade da sua situação, enquanto uma percentagem mais reduzida se mostrou indiferente (3%) ou considerou o atendimento e o tratamento inadequado face à gravidade da sua situação (8,6%). De igual forma, os resultados obtidos na variável EQ2, indicam que 87% dos pacientes concordaram que receberam a mesma atenção e atendimento que outros pacientes, enquanto 10,2% se assumiu indiferente e 2,8% considerou não existir equidade na atenção e no atendimento recebidos.

Ao observar individualmente as variáveis que constituem a dimensão equidade, verifica-se que os valores médios para as variáveis EQ1 ($\bar{x} = 5,86$) e EQ2 ($\bar{x} = 5,97$) corroboram os dados acima descritos, na medida em que se posicionam no ponto “concordo” do questionário aplicado, reforçando a posição de satisfação dos pacientes face às variáveis em estudo.

Gráfico 14- Nível de satisfação dos pacientes nas variáveis da dimensão Equidade



Fonte: Elaboração própria.

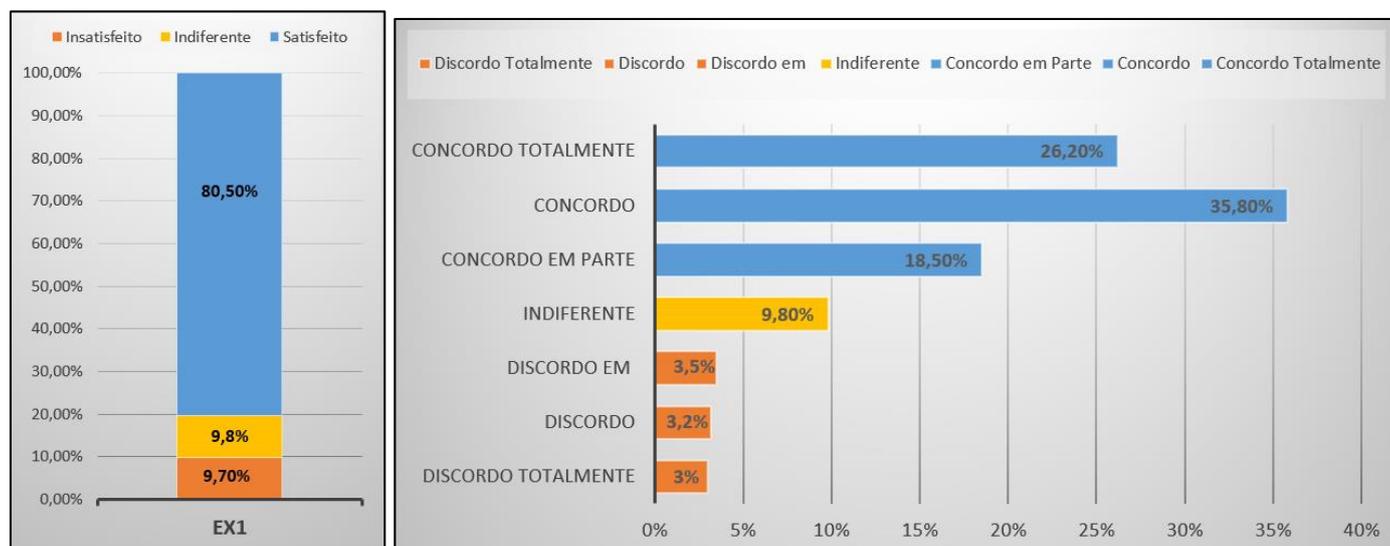
6.2.5- AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DE SATISFAÇÃO NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Procedendo ao cruzamento entre a variável da dimensão expectativas de satisfação (EX1) com a variável satisfação global do paciente (SA), constata-se, através do teste de Qui-quadrado, que ambas as variáveis têm uma associação estatisticamente significativa (Sig.<0,05), pelo que se rejeita a hipótese H_0 , tal como se pode observar na tabela 17 do anexo 5.

Como ilustra o Gráfico 15, 80,5% dos pacientes consideraram que face aquilo que esperavam (expectativas) ficaram satisfeitos com o atendimento recebido, ou seja, o serviço recebido foi ao encontro das expectativas dos pacientes. Uma percentagem bastante mais inferior referiu indiferença (9,8%) ou considerou que o serviço prestado não foi ao encontro das suas expectativas (9,7%).

Avaliando o valor médio da variável EX1 ($\bar{x} = 5,50$), verifica-se que este se localiza no ponto “concordo” do questionário aplicado, reforçando, assim, a posição de satisfação dos pacientes face a esta variável.

Gráfico 15- Nível de satisfação dos pacientes na variável Expectativas de Satisfação



Fonte: Elaboração própria.

6.2.6- AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

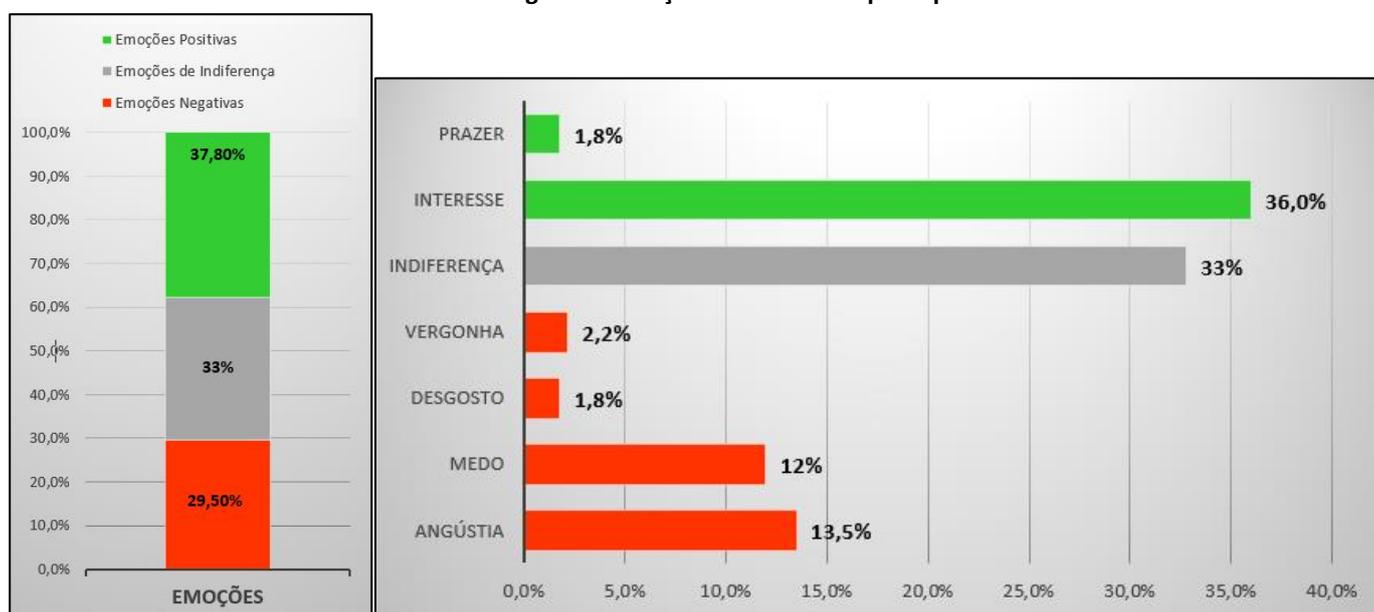
Ao efetuar o cruzamento entre a variável da dimensão emoções (EM) e a variável satisfação global (SA), verifica-se, através do teste de Qui-quadrado, uma associação estatisticamente

significativa entre ambas (Sig.<0,05), pelo que se rejeita a hipótese H_0 , tal como se pode observar na tabela 17 do anexo 5.

Dos 400 pacientes inquiridos, 37,8% referiram que durante o período de permanência no Serviço de Urgência sentiram emoções positivas, destacando-se a emoção interesse (36%) como a mais prevalente, dado o facto de os pacientes estarem centrados na condição clínica que os conduziu ao serviço de urgência. No entanto, 29,5% dos pacientes relataram ter sentido e emoções negativas, destacando-se a angústia (13,5%) e o medo (12%). Segundo o relato dos pacientes, a angústia estava relacionada com tempos de espera muito longos e o medo com a incerteza quanto ao diagnóstico do problema que os conduziu ao serviço de urgência. Para além destas emoções, 33% dos pacientes referiram ausência de emoções (indiferença) durante o período de permanência no Serviço de Urgência.

Tendo em conta estes dados, verifica-se que quando as três categorias de emoções são analisadas de modo global (emoções positivas, negativas, indiferença) existe um certo de equilíbrio entre a prevalência de cada uma delas, no entanto, quando a análise é efetuada tendo em consideração a emoção específica, destacam-se o interesse e a indiferença.

Gráfico 16- Percentagem de Emoções seleccionadas pelos pacientes



Fonte: Elaboração própria.

6.2.7- AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE NA LEALDADE

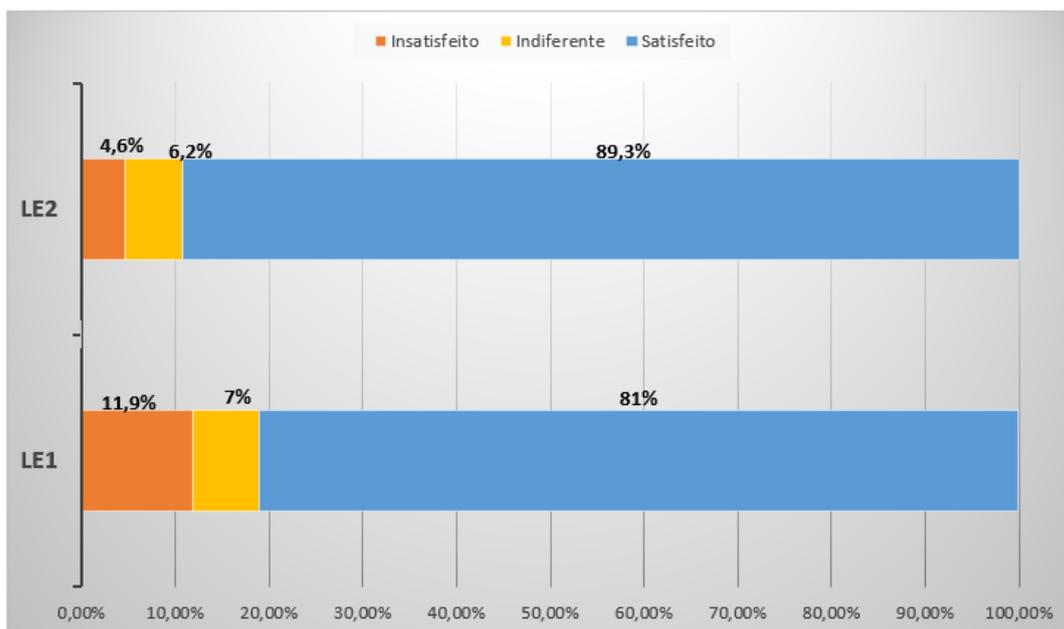
Considerando a lealdade como uma dimensão posterior à satisfação do paciente, procedeu-se ao cruzamento individual de ambas as variáveis da dimensão lealdade (LE1 e LE2) com a variável

satisfação global (SA), tendo-se obtido, através do teste de Qui-quadrado, uma associação estatisticamente significativa (Sig.<0,05), pelo que se rejeita a hipótese H_0 , tal como se pode observar na tabela 18 do anexo 5.

Neste sentido, ao analisar ambas as variáveis, torna-se evidente uma posição maioritariamente positiva, traduzindo-se isto, em elevados níveis de lealdade dos pacientes para com os hospitais. De modo mais concreto, na variável LE1, 81% dos pacientes recomendariam o serviço de urgência no qual foram assistidos a outras pessoas na mesma situação, sendo que apenas 7% se mostrou indiferente e 11,9% não recomendaria o serviço de urgência a outros pacientes. Quanto à variável LE2, 89,3% dos pacientes afirmaram que caso voltem a necessitar de cuidados de urgência voltariam a utilizar o mesmo serviço, enquanto 6,2% se mostrou indiferente e 4,6% afirmou não voltar a utilizar o mesmo Serviço de Urgência.

Quando se procede à análise individual de cada variável da dimensão lealdade quanto à sua média, verifica-se que os valores médios das variáveis LE1 ($\bar{x} = 5,65$) e LE2 ($\bar{x} = 6,01$), confirmam os dados acima descritos, dado que se posicionam no ponto “concordo” do questionário aplicado, o que reforça a atitude positiva dos pacientes face a estas variáveis.

Gráfico 17- Nivel de Lealdade dos pacientes



Fonte: Elaboração própria.

6.2.8- AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES NA SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Ao proceder-se ao cruzamento entre cada uma das características do paciente e a satisfação global (SA), verifica-se, através do teste de Qui-quadrado (ver tabela 11), que apenas existe uma

associação estatisticamente significativa entre sexo e escolaridade com a satisfação global (Sig.<0,05).

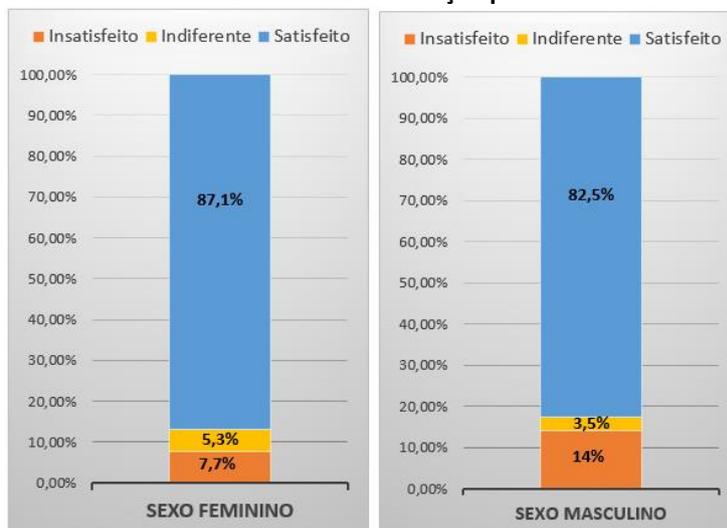
Tabela 11- Valores do teste Qui-quadrado para a dimensão Características do Paciente

Variáveis	Qui-quadrado observado	Sig. do Qui-quadrado
CA1- Sexo	12,923	0,044
CA2- Idade	19,007	0,752
CA3- Escolaridade	37,160	0,042
CA4- Rendimento	36,790	0,460
CA5- Cor da Pulseira	17,976	0,959

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à variável sexo verifica-se que o sexo feminino apresenta valores percentuais de satisfação (87,1%) ligeiramente superiores ao sexo masculino (82,5%). No mesmo sentido, quando se analisa os valores relativos à insatisfação observa-se que o sexo feminino apresenta um nível de insatisfação (7,7%) inferior ao sexo masculino (14%), pelo que se constata que as mulheres se encontram mais satisfeitas com o atendimento recebido no Serviço de Urgência. Por último importa referir as percentagens relativas à indiferença, tendo-se registado 3,5% de indiferença no sexo masculino e 5,3% no sexo feminino.

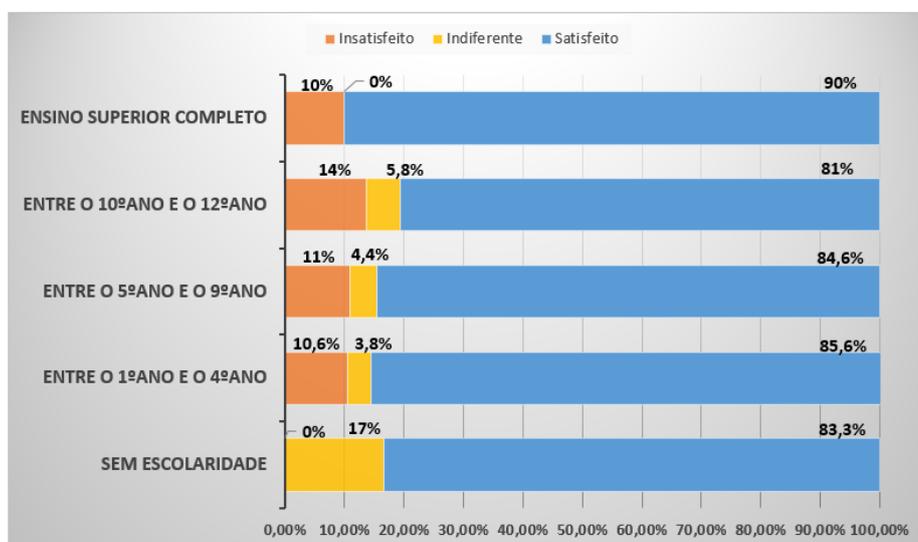
Gráfico 18- Nivel de Satisfação por sexo



Fonte: Elaboração própria.

Embora todos os níveis de escolaridade apresentem elevados níveis de satisfação com o atendimento recebido no serviço de urgência, com níveis a variar entre os 81% e os 90%, importa realçar que são os pacientes com ensino superior completo que se encontram mais satisfeitos (90%) com o serviço recebido. Contrariamente, são os pacientes com ensino secundário que se encontram mais insatisfeitos (14%), tal como se pode verificar no gráfico seguinte.

Gráfico 19- Nível de Satisfação referente à escolaridade



Fonte: Elaboração própria.

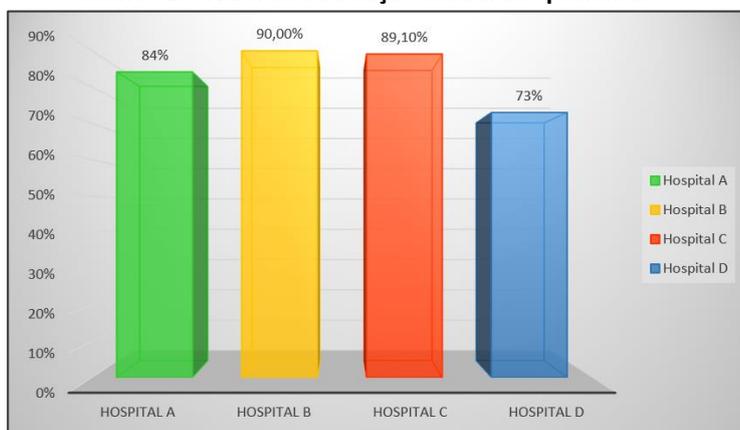
6.2.9- AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO GLOBAL DOS PACIENTES

Ao analisarmos os dados obtidos por cada hospital relativamente à variável de satisfação global com o Serviço de Urgência, verificamos que nos quatro hospitais existem elevados níveis de satisfação, destacando-se o **hospital B** com 90% de pacientes satisfeitos, seguindo-se o **hospital C** com 89,1%, o **hospital A** com 84,2% e, por último, o **hospital D** com 73% de pacientes satisfeitos.

Neste sentido, os três primeiros hospitais (B, C e A) apresentam resultados muito semelhantes que rondam os 80 e os 90 valores percentuais, sendo isto considerado um excelente indicativo de satisfação. Por outro lado, embora num valor menos expressivo, pode considerar-se que os pacientes do **hospital D** apresentam um bom nível de satisfação.

Como se pode constatar na tabela 12, ao analisar a média da variável SA por cada um dos hospitais, obtemos as mesmas posições classificativas.

Gráfico 20- Nível de Satisfação Global dos pacientes



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 12- Valores da média para a variável Satisfação Global

	Média	Posição
Hospital B	5,94	1º
Hospital C	5,87	2º
Hospital A	5,84	3º
Hospital D	5,10	4º

Fonte: Elaboração própria.

6.3- CONCLUSÃO

No sentido de validar estatisticamente o modelo conceptual desenvolvido no capítulo 4, procedeu-se a uma sequência de vários testes estatísticos para validar ou rejeitar as hipóteses formuladas na revisão de literatura.

Inicialmente, foi realizada uma análise de distribuição das variáveis para as subdimensões da qualidade do serviço, para as dimensões antecedentes da satisfação e para a dimensão posterior à satisfação. Os resultados obtidos indicaram uma distribuição normal para todos os itens e que as estatísticas descritivas das variáveis em análise não são distorcidas.

Seguidamente, procedeu-se à análise fatorial, mais especificamente, à análise de componentes principais para as subdimensões da qualidade do serviço, para as dimensões antecedentes da satisfação e para a dimensão posterior à satisfação, tendo-se efetuado os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), de esfericidade de Barlett e o Alpha de Cronbach. Para além disto, foi ainda avaliada a matriz de componentes e de comunalidades. Os resultados obtidos na análise de componentes principais demonstraram valores considerados aceitáveis, pelo que se validaram as dimensões e se prosseguiu para a fase seguinte da validação do modelo conceptual.

Foi realizada uma análise de regressão simples para a dimensão posterior à satisfação e uma análise de regressão múltipla para as dimensões antecedentes da satisfação, incluindo a dimensão qualidade do serviço formada por cinco subdimensões. Os resultados obtidos através dos testes de Durbin-Watson, coeficiente R_a^2 e coeficiente de correlação R de Pearson e dos valores VIF e de tolerância estão dentro dos intervalos de aceitação, quer para as dimensões antecedentes da satisfação, quer para a dimensão posterior à satisfação. No entanto, quando efetuado o teste t de significância individual para as 8 hipóteses, apenas 6 foram validadas estatisticamente.

Assim sendo, as hipóteses para as quais se obteve validação estatística foram as seguintes:

H1: A qualidade do serviço tem um efeito direto e positivo na satisfação dos pacientes

H2: A duração do tempo de espera está negativamente relacionada com a satisfação dos pacientes.

H3: O valor percebido tem influência na satisfação dos pacientes.

H6: A equidade tem um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

H7: As expectativas de satisfação têm influência na satisfação dos pacientes.

H8: A satisfação tem um efeito positivo na lealdade dos pacientes.

Já as hipóteses para as quais não se obteve validação estatística foram as seguintes:

H4: As emoções positivas têm um efeito positivo na satisfação dos pacientes.

H5: As emoções negativas têm um efeito negativo na satisfação dos pacientes.

Tendo em consideração os resultados que foram mencionados na secção 6.2, podemos concluir que todas as variáveis propostas nas diferentes dimensões têm uma associação estatisticamente significativa com a satisfação global, excetuando os casos da idade, rendimento e cor da pulseira, relativas às características dos pacientes.

De modo detalhado, verificamos que as variáveis que compõem as cinco subdimensões da qualidade do serviço (tangibilidade, eficiência, comunicação, profissionalismo e qualidade técnica) apresentam valores percentuais elevados, o que se traduz em elevados níveis de satisfação dos pacientes relativamente a estas dimensões. Porém, convém salientar que a variável TA2, relativa à subdimensão tangibilidade, foi a variável com nível de satisfação menos expressivo (apenas 41,8% dos pacientes satisfeitos).

Relativamente à dimensão tempo de espera, os resultados sugerem que a maior parte dos pacientes inquiridos se encontram satisfeitos com o tempo que decorre entre a triagem e a consulta médica (TE1) e o tempo que decorre entre a triagem e a sua alta médica (TE2).

Centrando a atenção na dimensão valor percebido, identificamos três cenários diferentes: na variável VA1 registam-se elevados níveis de concordância (81,1%) quanto ao facto de os pacientes estarem a receber um serviço de boa qualidade numa instituição de prestígio; na variável VA2 existem claros níveis de insatisfação (74,8%) perante o valor que é exigido em taxas moderadoras; e, por fim, na variável VA3 regista-se um equilíbrio nos valores percentuais, dado que 56,5% dos pacientes considerem ter estado sob stresse físico e mental durante o processo de atendimento e tratamento e 41,5% desmentem ter estado sob esta condição.

No que respeita à dimensão equidade, os resultados indicam elevados níveis de satisfação nas duas variáveis (EQ1 e EQ2) que a compõem, registando-se valores percentuais muito semelhantes em ambas, nomeadamente, 88,5% e 87%, respetivamente.

Do mesmo modo, na dimensão expectativas de satisfação, registam-se elevados níveis de satisfação na única variável desta dimensão (80,5%), pelo que se conclui que o serviço recebido esteve de acordo com as expectativas dos pacientes.

Por seu turno, quando analisamos a dimensão emoções, verificamos que existe um certo equilíbrio entre as três categorias de emoções: emoções positivas (39%), emoções negativas (28%) e emoção de indiferença (33%). No entanto, quando nos centramos nas emoções que compõem estas categorias, verificamos que as emoções específicas que se mostraram mais expressivas foram o interesse (36%) e a indiferença (32,8%).

Quando analisamos a dimensão posterior à satisfação (lealdade), verificamos que 81% dos pacientes inquiridos recomendariam o Serviço de Urgência no qual foram assistidos a outras pessoas (LE1) e que 89,3% voltariam ao mesmo Serviço de Urgência caso necessitassem (LE2).

No que concerne às características dos pacientes, e tal como já foi mencionado, apenas duas características têm associação estatisticamente significativa com a satisfação global: o sexo e a escolaridade. Ambos os sexos apresentaram elevados níveis de satisfação, destacando-se o sexo feminino com o mais satisfeito. Quanto ao nível de escolaridade, embora todos apresentem elevados níveis de satisfação, é no ensino superior completo que a satisfação é mais acentuada.

Por fim, quando avaliamos a satisfação global, tendo em consideração cada um dos hospitais, verificamos que o hospital B lidera a lista de hospitais com níveis de satisfação mais elevados, seguindo-se do hospital, C (89,1%), A (84%) e D (73%).

CAPÍTULO 7 - CONCLUSÃO

7.1- CONCLUSÕES DA DISSERTAÇÃO

O presente capítulo tem como principal finalidade estabelecer uma ponte entre o enquadramento teórico e os resultados empíricos obtidos, com o intuito de responder à questão de investigação inicialmente definida. Para dar resposta à questão de investigação, propôs-se um modelo conceptual, elaborado segundo uma vasta e aprofundada revisão de literatura, com dimensões a ser utilizadas na avaliação da satisfação dos pacientes no contexto dos Serviços de Urgência. Com base nas dimensões incluídas no modelo conceptual, procedeu-se à aplicação de um questionário em quatro Serviços de Urgência portugueses (Hospital de São João, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga e Centro Hospitalar do Baixo Vouga), com o objetivo de validar o modelo conceptual desenvolvido e de avaliar a satisfação dos pacientes nestes serviços. Como tal, e de modo a melhor organizar as informações, optou-se por dividir as conclusões em dois grupos principais: conclusões referentes à validação do modelo conceptual e conclusões referentes à avaliação da satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência.

Relativamente ao modelo conceptual desenvolvido e constituído por seis dimensões antecedentes da satisfação (qualidade do serviço percebida, tempo de espera, valor percebido, emoções, equidade e expectativas de satisfação) e uma dimensão posterior à satisfação (lealdade), obteve-se validação estatística para cinco das dimensões antecedentes da satisfação (qualidade do serviço percebida, tempo de espera, valor percebido, equidade e expectativas de satisfação) e para a dimensão posterior à satisfação.

A hipótese 1 propõe que a qualidade do serviço percebida tem um efeito direto e positivo na satisfação dos pacientes e, tal como esperado, a hipótese operacionalizada por cinco subdimensões foi confirmada. Vários autores mencionaram a importância destas subdimensões no setor da saúde, nomeadamente a tangibilidade (Thompson et al., 1996; Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012; Chahal & Mehta, 2013), a eficiência (Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012), o profissionalismo (Qin & Prybutok, 2012; Chahal & Mehta, 2013), a qualidade técnica (Sofaer & Firminger, 2005; Qin & Prybutok, 2012; Katz et al., 2013) e a comunicação (Sofaer & Firminger, 2005; Katz et al., 2013), relacionando-as com a satisfação.

Do mesmo modo, a hipótese 2, que refere que a duração do tempo de espera está negativamente relacionada com a satisfação dos pacientes, obteve validação estatística. Tal significa que quanto maior forem os tempos de espera percebidos pelos pacientes envolvidos neste estudo, menores serão os seus níveis de satisfação. Este resultado é corroborado por Thompson *et al* (1996) que investigaram a relação entre os tempos de espera percebidos e a satisfação dos pacientes e verificaram que quanto maiores são os tempos de espera percebidos, menor é a satisfação dos pacientes.

A hipótese 3 defende que o valor percebido tem influência positiva na satisfação dos pacientes e, à semelhança das hipóteses anteriores, obteve validação estatística. Neste sentido, quanto maior foi o valor percebido pelos pacientes, ou seja, quanto maior foram os benefícios (e.g. prestígio do hospital) face aos sacrifícios (e.g. valor das taxas moderadoras e exposição a stress físico e mental), maior foi o nível de satisfação dos pacientes inquiridos, tal como mencionado por Choi *et al* (2004).

Obteve-se igualmente validação estatística para a hipótese 6, que refere que a equidade tem um efeito positivo na satisfação dos pacientes. Desta forma, e tal como postulado por Vinagre e Neves (2010), quanto maior foi a equidade percebida pelos pacientes deste estudo, ou seja, quanto mais os pacientes perceberam o tratamento como sendo justo (e.g.: foi tratado de forma igual aos restantes pacientes) ou favorável para si, maior foi o seu nível de satisfação com o serviço de urgência.

Por sua vez, a hipótese 7 avançada neste estudo refere que as expectativas de satisfação têm influência na satisfação dos pacientes, tendo-se obtido validação estatística para a mesma. Este resultado é corroborado por Vinagre e Neves (2008), que verificaram que as expectativas de satisfação têm efeito sobre a satisfação dos pacientes.

A hipótese que não obteve validação estatística neste estudo diz respeito à dimensão “emoções” que se encontra dividida em duas hipóteses: a hipótese 4 postula que as emoções positivas têm um efeito positivo na satisfação dos pacientes e a hipótese 5 refere que as emoções negativas têm um efeito negativo na satisfação dos pacientes. Tal resultado poderá dever-se ao facto de os inquiridos satisfeitos com o serviço prestado tenham, em simultâneo, emoções negativas o que pode justificar a rejeição da hipótese formulada.

Quanto à dimensão posterior à satisfação, postulou-se na hipótese 8 que a satisfação tem um efeito positivo na lealdade dos pacientes, tendo sido esta hipótese validada estatisticamente. Tal significa que quanto maior foi o nível de satisfação dos pacientes, maior foi o seu nível de lealdade para com o serviço de urgência (e.g. recomendar e preferir aquele serviço de urgência a outros existentes), tal como comprovado empiricamente por Chahal e Mehta (2013).

No que diz respeito à avaliação da satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência, verificou-se um nível de satisfação claramente elevado em quase todos os itens do questionário, à exceção dos itens VA2 e VA3, nos quais se registaram níveis de insatisfação de 74,8% e 41,5%, respetivamente.

A insatisfação com o item VA2 resulta do facto de os pacientes considerarem o valor das taxas moderadoras demasiado elevadas. No entanto, este é um problema que não poderá ser resolvido ao nível da gestão hospitalar, mas sim ao nível governamental. Desta forma, uma possível estratégia a ser adotada para diminuir a insatisfação dos pacientes com este item, poderá ser a diminuição do valor das taxas moderadoras, ou até mesmo a sua eliminação.

Por outro lado, outra estratégia poderá ser assente em dois vetores. O primeiro, já ensaiado num passado recente em alguns hospitais, poderá passar por indicar na fatura da taxa moderadora o “custo real” para o SNS da prestação de serviços. O segundo poderá passar por indicar qual o peso das taxas moderadoras nas receitas da instituição. Em ambos os casos pretende-se sensibilizar os pacientes para o facto de existir uma diferença substancial entre o “preço” pago e o “custo” efetivo do serviço prestado, contribuindo para reduzir a percepção existente de “valor das taxas moderadoras demasiado elevadas” e a insatisfação que lhe está associada.

No mesmo sentido, o item VA3 é outra variável da dimensão valor percebido e permite avaliar o stresse físico e mental dos pacientes durante o processo de atendimento e tratamento, tal como documentado na literatura (Choi et al., 2004). 41,5% dos pacientes inquiridos neste estudo revelaram sentir-se sob stresse físico e mental durante o tempo em que permaneceram no serviço de urgência, atribuindo responsabilidades à incerteza do seu diagnóstico e tratamento e ao facto de anteciparem elevados tempos de espera. Uma das soluções poderá passar pela introdução de mecanismos comunicacionais que permitam antecipar os tempos de espera, atualizando permanentemente a informação sobre o tempo de espera estimado. Para além disso, a redução de stresse mental poderá passar pelo reforço da componente tangível, com disponibilização de espaços amplos, arejados e com luz natural.

Para além destes dois itens, importa referir mais três itens com valores de insatisfação a variar entre os 21% e os 25%, nomeadamente o item TA2 (relativo à disponibilização de serviços complementares), TE1 (relativo ao tempo de espera entre a triagem e a consulta) e TE2 (relativo ao tempo total entre a entrada do paciente e a sua alta médica). Nos três casos, pode verificar-se que as sugestões apresentadas anteriormente para VA3, podem igualmente ser aplicadas para redução da insatisfação com estes itens.

Para além disso, uma possível estratégia a ser adotada pelos diretores dos Serviços de Urgência para melhorar a satisfação com o item TA2 (20,8% de insatisfação) pode passar por colocar à disposição dos pacientes serviços complementares em maior número ou melhor qualidade, devendo tal ser efetuado segundo as necessidades específicas de cada Serviço de Urgência, dado que esta investigação permitiu registar realidades bastante diferentes nos Serviços de Urgência avaliados. A título de exemplo, o hospital A registou um nível de insatisfação de 8%, enquanto o hospital C registou um nível de insatisfação de 26%, sendo que os pacientes referiram o facto de este último hospital não possuir máquinas de venda automática na sala de espera e a caixa multibanco estar situada numa outra extremidade do hospital.

Os itens TE1 e TE2 referentes à dimensão tempo de espera registaram valores de insatisfação de 25,2% e 22,5%, respectivamente. Embora o nível de insatisfação seja relativamente baixo, 100 pacientes dos 400 inquiridos demonstraram-se insatisfeitos com o tempo que decorreu entre a triagem e a consulta (TE1) e 95 pacientes demonstraram-se insatisfeitos com o tempo de espera total, ou seja, o tempo que decorreu entre a triagem e a alta médica (TE2). A solução para diminuir os tempos de espera pode passar por uma maior coordenação de funcionamento com os cuidados primários, dado que se assiste a uma procura massiva dos serviços de urgência, quer por uma questão cultural, quer por falta de resposta dos cuidados primários, por pacientes com patologias não urgentes que poderiam receber tratamento adequado ao nível dos cuidados primários. Este é um problema que poderá ser solucionado com a intervenção do Ministério da Saúde em duas vertentes: por um lado, através de um maior investimento nos cuidados de saúde primários (e.g. maior disponibilidade de horários de atendimento e/ou aumento da contratação de médicos de família) que poderia resultar num alívio da procura de Serviços de Urgência, e, por outro, promovendo e incentivando a procura destes cuidados junto de pacientes com patologias não urgentes.

Em suma, podemos concluir que a satisfação dos pacientes é multidimensional, sendo determinada pelas dimensões validadas no modelo conceptual desenvolvido nesta investigação. Para além disto, importa referir que o nível de satisfação dos pacientes com os Serviços de Urgência é elevado, existindo ainda alguns itens passíveis de serem melhorados. Como tal, sempre que possível, procedeu-se à apresentação de possíveis estratégias a serem implementadas ao nível da gestão hospitalar e do SNS com o intuito de melhorar a satisfação dos pacientes.

7.2- POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS PARA A EXCELÊNCIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Não sendo possível determinar um valor “recomendável” para a satisfação dos pacientes com os Serviços de Urgência, existe no entanto um conjunto de metodologias de avaliação de desempenho, nomeadamente os propostos pela Joint Commission International (Chassin, Loeb, Schmaltz, & Wachter, 2010), que indicam que um hospital poderá ser considerado como tendo um serviço de excelência quando o nível de satisfação dos seus pacientes, quanto aos diferentes itens e do ponto de vista global, é de pelo menos 95%.

Tendo este valor como referência, e atendendo aos resultados obtidos, são propostas algumas sugestões de melhoria para o contexto específico dos Serviços de Urgência dos hospitais incluídos neste estudo, para que possam melhorar os níveis de satisfação dos seus pacientes e atingir a excelência:

- Uma possível medida a ser adotada, já utilizada em Inglaterra, é inserir no SNS a figura do *Matron* que trabalham na linha da frente da prestação de Serviços de Urgência, tendo o poder para efetuar pequenas alterações no funcionamento do serviço de modo a torná-lo centrado nas necessidades do paciente. Deste modo, esta figura procura otimizar o fluxo de pacientes, tendo como objetivo principal a redução do tempo entre a entrada do paciente e a sua alta no Serviço de Urgência. Para concretizar este objetivo, e como membros da equipa clínica, monitorizam a qualidade do atendimento, mediante a identificação dos *bottlenecks* no processo de atendimento e das etapas do serviço que não acrescentam valor à experiência do paciente. Para além disso gerem a limpeza e conservação das instalações. Com base nestes elementos, o *Matron* deverá elaborar planos de ação periódicos tendo em vista a redução do tempo que o paciente permanece no serviço e a melhoria global da experiência enquanto o paciente aguarda para ser atendido.

- Na linha do proposto anteriormente, poder-se-á analisar a possibilidade de reforçar o papel dos enfermeiros, mediante formação adicional dos mesmos, para que lhes possam ser atribuídas mais responsabilidades clínicas, com o intuito de acelerar o atendimento aos pacientes, por exemplo em tarefas de alta médica, pedido de exames e prescrição de medicamentos.

- Finalmente, outra medida, poderá consistir no estabelecimento de uma maior articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, tal como sucede em Espanha, na região de Valência, onde é utilizado o modelo Alzira. Este modelo tem como base um sistema informático integrado que permite uma comunicação permanente entre o médico de família e o médico hospitalar, proporcionando um melhor e mais integrado atendimento do paciente. Para além disso, o modelo contempla ainda um sistema de incentivos, relacionado com o desempenho dos médicos

de família, que premeia uma atenção mais cuidada às necessidades dos pacientes por forma a que se mantenham mais saudáveis e, em última análise, dispensem o consumo de serviços de saúde.

7.3- POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA DISSERTAÇÃO

Dado que os estudos sobre avaliação da satisfação dos pacientes nos Serviços de Urgência ainda são escassos e que os instrumentos utilizados para o efeito não são os mais adequados, esta investigação resulta da tentativa de suprimir esta falha e contribuir para o conhecimento na área.

Para além disso, verifica-se que muitos dos processos de recolha de informação (conforme se pode verificar na revisão bibliográfica) se baseiam em recolhas de dados muito separadas no tempo entre o momento de alta e a recolha de dados. Este trabalho, uma vez que os inquéritos foram realizados imediatamente após a alta médica do paciente e nas instalações do serviço de urgência, apresenta do ponto de vista metodológico a vantagem de ter recolhido dados mais próximos da experiência real dos pacientes.

No entanto, esta dissertação apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto do período de recolha de dados (entre Março e Maio) nos Serviços de Urgência avaliados não abranger os picos de procura destes serviços, nomeadamente, os períodos de inverno onde se registam elevados casos de gripe e de verão onde se assistem a problemas decorrentes do calor. Como tal, não foi possível avaliar os Serviços de Urgência em situações onde a sua capacidade de resposta é verdadeiramente testada. Contudo, importa salvaguardar que esta investigação decorre de uma dissertação de mestrado e, assim sendo, dificilmente se conseguiria contornar esta limitação.

Por outro lado, sendo este estudo conduzido em Serviços de Urgência, há que considerar que grande parte dos pacientes se encontram debilitados e pouco motivados para responder a um longo questionário. Tendo isto em consideração, optou-se por incluir poucas questões em cada uma das dimensões, podendo esta opção ter limitado a análise das dimensões e consequente validação das dimensões para as quais não se obteve validação estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2015). Ministério da saúde: Relatório e contas 2014. Retirado a 22 de Setembro de 2015, de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio_Consolidação_2014_v1.0.pdf.
- Alves, A. D. (2014). A inovação em gestão hospitalar. In A. C. Campos, & J. Simões; *40 anos de abril em Portugal* (pp. 273-274). Coimbra: Almedina.
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359-1370. doi:10.1016/S0277-9536(00)00235-5.
- Andreassen, T., & 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), 7-23. doi: 10.1108/09564239810199923.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the servqual scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Baker, R. (1996). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *British Journal of General Practice*, 46(411), 601-605.
- Baker, R. (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: Progress towards a theory. *Quality in Health Care*, 6(4), 201-204. doi: 10.1136/qshc.6.4.201.
- Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health policy*, 106(1), 17-22. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.008.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Retirado a 29 de Março de 2015, de http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf.
- Boudreaux, E. D., & O'Hea, E. L. (2004). Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. *The Journal Emergency Medicine*, 26(1), 13-26. doi: 10.1016/j.jemermed.2003.04.003.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27. doi: 10.2307/3172510.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). O percurso da saúde: Portugal na europa. Coimbra: Almedina.
- Campos, L. (2014). Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência. Retirado a 4 de Março de 2014, de http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A0ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf.

- Chahal, H. (2010). Two component customer relationship management model for healthcare services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 20(4), 343-365. doi: 10.1108/09604521011057487.
- Chahal, H., & Kumari, N. (2011). Consumer perceived value and consumer loyalty in the healthcare sector. *Journal of Relationship Marketing*, 10(2), 88-112. doi: 10.1080/15332667.2011.577729.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Modeling patient satisfaction construct in the indian health care context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 7(1), 75-92. doi: 10.1108/17506121311315445.
- Chassin, M. R., Loeb, J. M., Schmalz, S. P., & Wachter, R. M. (2010). Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *New England Journal of Medicine*, 363(7), 683-688.
- Choi, K., Cho, W., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A south korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921. doi: 10.1016/S0148-2963(02)00293-X.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(50), 892-898. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.
- Cichon, M., & Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck – options for health care financing in central and eastern Europe. *World Health Forum*, 15(4), 323-328.
- Cooke, M. W., & Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 16(3), 179-181. doi: 10.1136/emj.16.3.179.
- Cronin, J. J., & Taylor, A. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68. doi: 10.2307/1252296.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. doi: 10.1001/jama.1989.03420080065026.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 404-412. doi: 10.1108/09526860510619408.
- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 692-705. doi: 10.1108/09526860810910168.
- ERS (2011). Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público. Retirado a 29 de Março de 2015, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Nete_Hospitalar.pdf.

- ERS (2015). Estudo sobre o desempenho das unidades locais de saúde. Retirado a 29 de Março de 2015, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_da_s_ULS_-_final.pdf.
- Faezipour, M., & Ferreira, S. (2013). A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare. *Conference on Systems Engineering Research*, 16, 148-156. doi: 10.1016/j.procs.2013.01.016.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3ª Ed. London: Sage.
- Fiscella, K., & Franks, P. (1999). Influence of patient education on profiles of physician practices. *Annals of Internal Medicine*, 131(10), 745-751. doi: 10.7326/0003-4819-131-10-199911160-00005.
- Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-56. doi: 10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829.
- Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1993). Service quality: Concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 43-66. doi: 10.1108/02656719410074297.
- Göpffarth, D., & Henke, K. (2013). The german central health fund – Recent developments in health care financing in germany. *Health Policy*, 109(3), 246-252. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.11.001.
- Governo de Portugal (2011). Tradução do conteúdo do memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. Retirado a 22 de Setembro de 2015, de http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44. doi: 10.1108/EUM00000000004784.
- Gupta, H. D. (2008). Identifying health care quality constituents: Service providers' perspective. *Journal of Management Research*, 8(1), 18-28.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. 7ª ed. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.
- Harrison, J. P., & Ferguson, E. D. (2011). The crisis in united states hospital emergency services. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(6), 471-483. doi: 10.1108/09526861111150725.
- Hong Qin, B. S. (2009). *Links among perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intentions in the urgent care industry: Empirical evidence from college students* (Tese de Doutoramento). Retirada de <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc11014/>.
- Hu, H., Lee, Y., & Yen, T. (2010). Service quality gaps analysis based on fuzzy linguistic servqual with a case study in hospital out-patient services. *The TQM Journal*, 22(5), 499-515. doi: 10.1108/17542731011072847.

- Jha, S., Deitz, G. D., Babakus, E., & Yavas, U. (2013). The role of corporate image for quality in the formation of attitudinal service loyalty. *Journal of Service Research*, 16(2), 155-170. doi: 10.1177/1094670512466441.
- Katz, D. A., Aufderheide, T. P., Gaeth, G., Rahko, P. S., Hillis, S. L., & Selker, H. P. (2013). Satisfaction and emergency department revisits in patients with possible acute coronary syndrome. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(6), 947-957. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.05.029.
- Kessler, D. P., & Mylod, D. (2011). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273. doi: 10.1108/09526861111125570.
- Ladhari, R. (2009). A review of twenty years of servqual research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1(2), 172-198. doi: 10.1108/17566690910971445.
- Lam, S. S. K. (1997). Servqual: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in hong kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152. doi: 10.1080/0954412979587.
- Lameire, N., Joffe, P., Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems – an international review: An overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 3-9. doi: 10.1093/ndt/14.suppl_6.3.
- Liu, S. S., Kim, H. T., Chen, J., & An, L. (2010). Visualizing desirable patient healthcare experiences. *Health Marketing Quarterly*, 27(1), 116-130. doi: 10.1080/07359680903519958.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics*. 5ª Ed. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- McDougall, G. H. G., & Levesque, T. (2000). Customer satisfaction with services: Putting perceived value into the equation. *Journal of Services Marketing*, 14(5), 392-410. doi: 10.1108/08876040010340937.
- McGuire, T. G., & Pauly, M. V. (1991). Physician response to fee changes with multiple payers. *Journal of Health Economics*, 10(4), 385-410. doi: 10.1016/0167-6296(91)90022-F.
- Ministério da Saúde (2006). Despacho n.º 18459/2006, de 17 de Setembro de 2006, Lisboa. Retirado a 4 de Maio de 2015 de: <https://dre.pt/application/file/1518205>.
- Ministério da Saúde (2007). Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006, Lisboa. Retirado a 4 de Maio de 2015 de: <https://dre.pt/application/file/694622>.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219. doi: 10.1108/09526861311311409.
- Muntlin, A., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1045-1056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x.
- Ndubisi, N. O. (2011). Mindfulness, reliability, pre-emptive conflict handling, customer orientation and outcomes in malaysia's healthcare sector. *Journal of Business Research*, 65(4), 537-546. doi: 10.1016/j.jbusres.2011.02.019.

- Newsome, P. R. H., & Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165. doi: 10.1038/sj.bdj.4800052.
- Niedz, B. A. (1998). Correlates of hospitalized patients' perceptions of service quality. *Research in Nursing & Health*, 21(4), 339-349. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199808).
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M.,... Ramos, V. (2012). Unidades de saúde familiar (USF): Conceito e prática em geometrias variáveis. Retirado a 7 de Outubro de 2015, de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14-unidadessadefamiliar-conceitoeprticaemgeometriavariveis-v.2012-09.30.pdf>.
- Oliver, R. L., & Swan, J. E. (1989). Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: A field survey approach. *Journal of Marketing*, 53(2), 21-35. doi: 10.2307/1251411.
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M., Van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: A qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.08.018.
- Pakdil, F., & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using servqual dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1), 15-30. doi: 10.1080/1478336042000255622.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Perelman, J., Felix, S., & Santana, R. (2014). The great recession in Portugal: Impact on hospital care use. *Health policy*, 119(3), 307-3015. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.015.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimo a regressão: Com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Qin, H., & Prybutok, V. R. (2012). A quantitative model for patient behavioural decisions in the urgent care industry. *Socio-Economic Planning Sciences*, 47(1), 50-64. doi: 10.1016/j.seps.2012.08.003.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(4), 428-443.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104-124. doi: 10.1108/09526860810841192.

- Rashid, W. E. W., & Jusoff, H. K. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), 471-482. doi: 10.1108/09526860910975580.
- Ribeiro, J. S., Conceição, C., Pereira, J., Leone, C., Mendonça, P., Temido, M... & Dussault, G. (2014). Health professionals moving to... and from Portugal. *Health policy*, 114(2), 97-108. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.009.
- Richardson W. C., Berwick, D. M., Bristow, L. R., Buck, C. R., Cassel, C. K., Chassin, M. R.,... Warden, G. L. (1999). To err is human: Building a safer health system. Retirado a 11 Fevereiro 2015, de <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.
- Roukema, J., Steyerberg, E. W., Van Meurs, A., Ruige, M., Van der Lei, J., & Moll, H. A. (2006). Validity of the manchester triage system in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 23(12), 906-910. doi: 10.1136/emj.2006.038877.
- Rust, R. T., & Zahorik, A. J. (1993). Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing*, 69(2), 193-215. doi: 10.1016/0022-4359(93)90003-2.
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-152. doi: 10.1136/emered-2012-201782.
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the united states? *The Milbank Quarterly*, 76(4), 517-563. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00403.x.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simonet, D. (2005). Patient satisfaction under managed care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 424-440. doi: 10.1108/09526860510619426.
- Simonet, D. (2010). Healthcare reforms and cost reduction strategies in europe: The cases of germany, uk, switzerland, italy and france. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), 470-488. doi: 10.1108/09526861011050510.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-559. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958.
- Speake, D., Teece, S., & Mackway-Jones, K. (2003). Detecting high-risk patients with chest pain. *Emergency Nurse*, 11(5), 19-21. doi: 10.7748/en2003.09.11.5.19.c1131.
- Stevens, F. C. J., Van der Zee, J. (2008). Health system organization models (including targets and goals for health systems). *International Encyclopedia of Public Health*, 247-256. doi: 10.1016/B978-012373960-5.00309-9.

- Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Kappelhof, J., & Luitse, J. S. K. (2011). Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 18(8), 822-829. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01122.x.
- Sun, B. C., Adams, J. G., & Burstin, H. R. (2001). Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 38(5), 527-532. doi: 10.1067/mem.2001.119250.
- Sun, B. C., Adams, J., Orav, E. J., Rucker, D. W., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of emergency medicine*, 35(5), 426-434. doi: 10.1067/mem.2000.104195.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2002). The relationship between service quality and customer satisfaction: A factor specific approach. *Journal of Services Marketing*, 16(4), 363-379. doi: 10.1108/08876040210433248.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 6ª Ed. New York: Harper Collins.
- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., & Dahlgaard, J. J. (2015). Hospital service quality measurement models: patients from asia, europe, australia and america. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(10), 1029-1041. doi: 10.1080/14783363.2015.1068596.
- Thompson, D., Yarnold, P., Williams, D., & Adams, S. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 28(6), 657-665. doi: 10.1016/S0196-0644(96)70090-2.
- Tomes, A. E., & Ng, S. C. P. (1995). Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(3), 25-33. doi: 10.1108/09526869510089255.
- Trout, A., Magnusson, A. R., & Hedges, J. R. (2000). Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? *Academic Emergency Medicine*, 7(6), 695-709. doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb02050.x.
- Van der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7(94), 1-11. doi: 10.1186/1472-6963-7-94.
- VanRooyen, M. J., Thomas, T. L., & Clem, K. J. (1999). International emergency medical services: Assessment of developing prehospital systems abroad. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 691-696. doi: 10.1016/S0736-4679(99)00065-7.
- Vinagre, M. H., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-103. doi: 10.1108/09526860810841183.

- Vinagre, M. H., & Neves, J. (2010). Emotional predictors of consumer's satisfaction with healthcare public services. *Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 209-227. doi: 10.1108/09526861011017111.
- Vukmir, R. B. (2006). Customer satisfaction. *International Journal of Health Care Assurance*, 19(1), 8-31. doi: 10.1108/09526860610642573.
- Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2363-2373. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.04.033.
- Youssef, F. N., Nel, D., & Bovaird, T. (1996). Health care quality in NHS hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(1), 15-28. doi: 10.1108/09526869610109125.
- Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: What we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 67-85. doi: 10.1177/0092070300281007.
- Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92. doi: 10.1108/09526860610642609.

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS NOS HOSPITAIS

Hospital São João

Datação Clínica CES 77-15
19.3.15

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 26 MAR 2015
Presidente do Conselho de Administração

Direcção Clínica	Presidente Conselho	Vogal Executivo	Vogal Executivo
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]

Assunto: Pedido de autorização para realização do estudo de investigação

Nome do Investigador Principal: Rui Diogo Soares Dos Santos

Título do projecto de investigação: Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do Paciente no Serviço de Urgência.

Pretendo realizar no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante ao estudo de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 16 / Fevereiro / 2015

O INVESTIGADOR

[Assinatura: Rui Diogo Soares dos Santos]

Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Modelo CES 01

Hospital São João (continuação)

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

a. Este estudo de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Rui Diogo Soares dos Santos, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 16 / Febrero / 2015

Rui Diogo Soares Santos

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

emitido na reunião plenária da CES

de
27 / Febrero / 2015

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

[Assinatura]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

VI

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO
38/2015
“Gestão da qualidade hospitalar – A satisfação do utente no Serviço de Urgências”
INSTITUIÇÃO/SERVIÇO: Universidade Aveiro
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Rui Diogo Soares Santos
PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 19/ 02 / 2015
Nada a opor. Cumpre os requisitos éticos necessários à sua aprovação. Pedir parecer ao Diretor de Serviço.
Documentos analisados: <ul style="list-style-type: none">- Ofício;- Declaração do orientador;- Consentimento Informado;- Instrumento de colheita de dados.
O Presidente da CES
 (Dra. Helena Figueiredo)
Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 19/02/2015

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (continuação)

26

Rui Diogo Soares Santos
Estrada real, 358, Paramos
4500-521 Espinho
Email: ruidiogo@ua.pt
Telemóvel: 915 512 126

*Autorizado
Dr. Fátima Lima
02.2017*
Dra. Fátima Lima
Diretora Clínica

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia/Espinho.
Rua Conceição Fernandes
4434-502 Vila Nova De Gaia

Assunto: Pedido de pré-autorização para realização de inquérito de satisfação dos utentes no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho no âmbito de um Mestrado em Gestão.

Exmo. Senhor,

O meu nome é, Rui Diogo Soares Santos, sou aluno de Mestrado em Gestão na Universidade de Aveiro, e encontro-me neste momento a realizar uma dissertação de mestrado, subordinada ao tema: "Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do Utente no Serviço de Urgências", sob supervisão dos Professores Daniel Ferreira Polónia e Ana Alexandra Costa Dias, docentes do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da referida Universidade (a quem foi dado conhecimento integral desta mensagem).

Tendo em conta o tema do trabalho e a profunda revisão de literatura efetuada sobre o tema da dissertação, venho pela presente solicitar junto de V. Exa uma pré-autorização para a realização do trabalho de campo do referido mestrado junto do Serviço de Urgência da instituição superiormente mencionada.

Os dados pretendidos têm como única e exclusiva finalidade serem utilizados no referido trabalho de mestrado, sendo que em anexo poderá ser consultado o questionário que se pretende aplicar. Em termos de análise dos dados, será totalmente omissa a identidade dos participantes e, caso o pretendam, a identidade da instituição onde decorreu o trabalho de campo.

Página 1 de 2

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (continuação)

Tendo em conta a sensibilidade do tema, a Universidade de Aveiro disponibiliza, desde já, um período de confidencialidade da dissertação de mestrado de dois anos a partir da sua discussão (prevista para Julho de 2015), encontrando-me disponível para discutir soluções para quaisquer outras eventuais reservas que V. Exa. manifeste em relação à colaboração pretendida.

De notar que este período de confidencialidade de dois anos se refere à dissertação de mestrado (que conterà apenas uma análise dos dados extraídos e nunca esses mesmos dados “em bruto”), sendo que em relação à confidencialidade dos dados recolhidos, estes serão DESTRUÍDOS após a apresentação do trabalho de Mestrado, inviabilizando a sua reutilização posterior em qualquer tipo de trabalho.

Igualmente, no que respeita aos dados a tratar, a Universidade de Aveiro garantirá a sua utilização de acordo com as regras constantes da deliberação 227/2007 da Comissão Nacional de Proteção de Dados, aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde (disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/orientacoes/DEL227-2007-ESTUDOS-CLINICOS.pdf>), nomeadamente todo o processo de obtenção de autorização da CNPD, a espoletar depois de uma pré autorização consubstanciada nesta solicitação.

Em caso de acolhimento favorável deste pedido de pré-autorização, fico a aguardar a indicação e disponibilização das regras institucionais para realização do trabalho de campo e para recolha dos dados pretendidos, nomeadamente os procedimentos administrativos subjacentes a tal autorização e as datas que entendam como mais convenientes para a realização do trabalho.

Certo de um acolhimento favorável desta solicitação, subscrevo-me com elevada consideração.

Espinho, 23 de Fevereiro de 2015

Rui Diogo Soares Santos

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exmo. Senhor

Rui Diogo Santos
Estrada Real, 358, Paramos
4500-521 Espinho

16 APR 15 15:52 061092

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

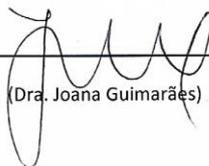
ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de autorização de realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à V/ solicitação subordinada ao tema "Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do Paciente no Serviço de Urgências", vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética e por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Quando concluído, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

CHBV – 347

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E (continuação)



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Exmo. Senhor
Dr. Rui Diogo Santos
Estrada Real, 358
Paramos
4500-521 Espinho

CA-283/15-0c
MP/AC

Data: 2015/04/21

Assunto: Trabalho de investigação – “Gestão da Qualidade Hospitalar – A satisfação do utente no serviço de urgências”

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, deliberou em reunião de 22 de abril de 2015, autorizar a realização do trabalho de investigação mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Paiva
Presidente do Conselho de Administração



CH.E.D.V. - Mod. 080

Sede: Unidade de St^a. M^a. da Feira
Morada: Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira

Telefone: 256 379 700
Fax: 256 373 867
NIF: 508 878 462
hss@hospitalfeira.min-saude.pt

ANEXO 2- UM EXEMPLO DOS CONSENTIMENTOS INFORMADOS PARA OS PACIENTES



universidade de aveiro

Página 1 de 2

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

“Gestão da Qualidade Hospitalar – A Satisfação do Paciente no Serviço de Urgência”

Objetivo do estudo

O estudo desenvolvido pelo estudante Rui Diogo Soares dos Santos surge no âmbito da dissertação de mestrado do curso de Gestão da Universidade de Aveiro e visa a conclusão do respetivo ciclo de estudos. A tarefa consiste no preenchimento de um questionário, desenvolvido segundo uma extensa e profunda revisão de literatura, que permite uma avaliação pormenorizada da satisfação/insatisfação dos pacientes em diversas dimensões do serviço de urgência.

Duração

A entrevista para a realização deste estudo tem a duração média de 10 minutos.

Riscos para o participante

A sua participação neste estudo não envolve qualquer tipo de risco.

Benefícios para o participante

Ao estudar o nível de satisfação do paciente relativamente à sua perceção da qualidade do serviço de urgência, é possível, caso sejam identificados aspetos menos positivos, tentar proceder-se a correções e melhorias, em prol da futura satisfação das necessidades e expectativas dos pacientes.

Confidencialidade

Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins de investigação, tendo um carácter completamente confidencial.

Natureza voluntária da sua participação

A participação é de cariz voluntário. Mesmo concordando inicialmente com o estudo, poderá desistir da investigação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização, devendo apenas comunicar o seu desejo ao investigador responsável. Mesmo que deseje desistir de participar no estudo, os seus dados continuarão a ser confidenciais, sendo apagados imediatamente após a sua desistência.

Contacto

Para o esclarecimento de qualquer dúvida poderá contactar: ruidiogo@ua.pt

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

O Investigador

Nome: _____
Assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/ CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, a duração; os riscos; os benefícios; a confidencialidade e a participação.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento.

Data: __/__/__ _____
Assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/ CC nº: _____ Grau de parentesco: _____

Data: __/__/__ _____
Assinatura

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

ANEXO 3 - UM EXEMPLO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS AOS PACIENTES



universidade de aveiro

Nº de ordem (nao preencher)

Página 1 de 2

Questionário sobre a Satisfação do Paciente

O presente questionário surge no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão, na Universidade de Aveiro, e tem como objetivo avaliar o seu nível de satisfação com o Serviço de Urgência do Hospital São João.

Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e **não existem respostas certas ou erradas**, uma vez que se baseiam apenas na sua opinião enquanto paciente.

Assinale com um **0** o número que mais se adequa à sua opinião, tendo em consideração a seguinte escala:

1- **Discordo Totalmente**

2- **Discordo**

3- **Discordo em parte**

4- **Indiferente**

5- **Concordo em parte**

6- **Concordo**

7- **Concordo totalmente**

Muito obrigado pela sua colaboração.

Questões

Qualidade do Serviço Pecebida

	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo em Parte	Indiferente	Concordo em Parte	Concordo	Concordo Totalmente
Tangibilidade (TA)							
TA1 - As instalações têm boa aparência, são amplas, iluminadas, limpas e bem decoradas, tendo o equipamento médico um aspecto moderno.	1	2	3	4	5	6	7
TA2 - As instalações proporcionam um conjunto de serviços complementares (eg: cafetaria) variados e de qualidade, servidos num ambiente tranquilo e agradável.	1	2	3	4	5	6	7
TA3 - As instalações aparentam ser seguras e proporcionam um acesso fácil e imediato aos visitantes.	1	2	3	4	5	6	7
TA4 - Os profissionais apresentam-se vestidos de forma adequada ao trabalho que desenvolvem.	1	2	3	4	5	6	7
Eficiência (EF)							
EF1 - Os profissionais envolvidos na prestação dos cuidados revelaram capacidade de coordenação e de colaboração entre si.	1	2	3	4	5	6	7
EF2 - A assistência prestada foi contínua, com encaminhamento atempado e exames e tratamentos sincronizados entre si.	1	2	3	4	5	6	7
Profissionalismo (PR)							
PR1 - O processo administrativo de admissão foi efetuado de forma correta, tendo sido recolhida toda a informação necessária.	1	2	3	4	5	6	7
PR2 - Os profissionais (médicos e enfermeiros) aparentaram ter conhecimentos e experiência no tratamento do meu caso.	1	2	3	4	5	6	7
PR3 - Os profissionais (médicos e enfermeiros) atuaram de forma rápida, oportuna e eficaz na assistência médica.	1	2	3	4	5	6	7
PR4 - Os profissionais (médicos e enfermeiros) comunicaram e comportaram-se de forma adequada à situação.	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade Técnica (QU)							
QU1 - Os profissionais recomendaram os exames e os tratamentos mais adequados à minha situação.	1	2	3	4	5	6	7
QU2 - Enquanto paciente fiquei impressionado com o atendimento.	1	2	3	4	5	6	7
QU3 - Enquanto paciente considero que os cuidados recebidos foram de excelente qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
Comunicação (CO)							
CO1 - Enquanto paciente, senti-me envolvido no processo de tratamento, sendo que senti que os profissionais de saúde me ouviram sem pressa.	1	2	3	4	5	6	7
CO2 - As explicações que me foram prestadas no atendimento e no tratamento foram as mais adequadas, tendo sido prestadas sem falhas nem lapsos e de forma clara e compreensível.	1	2	3	4	5	6	7
CO3 - As informações recebidas identificaram claramente as causas e os sintomas subjacentes ao meu problema.	1	2	3	4	5	6	7
CO4 - Fui informado do diagnóstico efetuado, do prognóstico clínico e da forma de como deverei retomar a minha vida normal.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo em Parte	Indiferente	Concordo em Parte	Concordo	Concordo Totalmente
Tempo de Espera (TE)							
TE1 - O tempo que decorreu entre a triagem e a consulta foi o que previa e achava apropriado.	1	2	3	4	5	6	7
TE2 - O tempo entre a triagem e a alta foi o que previa e achava apropriado.	1	2	3	4	5	6	7
Valor percebido (VA)							
VA1 - Sinto que recebi um serviço de boa qualidade, numa instituição de prestígio.	1	2	3	4	5	6	7
VA2 - O preço que paguei pelo serviço foi o adequado (caso seja isento de taxa moderadora, coloque-se na posição dos não isentos).	1	2	3	4	5	6	7
VA3 - Durante o processo de atendimento e tratamento estive sob stress físico e mental.	1	2	3	4	5	6	7
Equidade (EQ)							
EQ1 - Fui atendido e tratado de forma justa face à gravidade da minha situação.	1	2	3	4	5	6	7
EQ2 - Recebi a mesma atenção e atendimento que outros pacientes em situação similar.	1	2	3	4	5	6	7
Expectativas de Satisfação (EX)							
EX1 - Face ao que esperava, estou satisfeito com o atendimento e tratamento recebido.	1	2	3	4	5	6	7
Satisfação (SA)							
SA 1- Estou satisfeito com o atendimento que recebi no Serviço de Urgências.	1	2	3	4	5	6	7
Lealdade (LE)							
LE1 - Recomendo este serviço a outras pessoas na mesma situação.	1	2	3	4	5	6	7
LE2 - Caso necessite de cuidados de urgência, voltarei a utilizar este serviço.	1	2	3	4	5	6	7
Emoções (EM)							
EM1 - A emoção predominante durante o processo de atendimento e tratamento foi:							
<input type="checkbox"/> a) Interesse <input type="checkbox"/> b) Prazer <input type="checkbox"/> c) Angústia <input type="checkbox"/> d) Medo <input type="checkbox"/> e) Desgosto <input type="checkbox"/> f) Vergonha <input type="checkbox"/> g) Indiferença							
Características dos Pacientes (CA)							
CA1- Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino				CA4 - Rendimento médio bruto mensal:			
CA2- Idade: <input type="checkbox"/> Anos				<input type="checkbox"/> Sem Rendimentos			
CA3- Nível de Escolaridade:				<input type="checkbox"/> Até 250 euros			
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade				<input type="checkbox"/> Entre 251 e 750 euros			
<input type="checkbox"/> Entre o 1º ano e o 4º ano				<input type="checkbox"/> Entre 751 e 1500 euros			
<input type="checkbox"/> Entre o 5º ano e o 9º ano				<input type="checkbox"/> Superior a 1500 euros			
<input type="checkbox"/> Entre o 10º ano e o 12º ano				CA5 – Cor da pulseira atribuída na triagem:			
<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo				<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Vermelha			

ANEXO 4- VALORES DA DISTRIBUIÇÃO ASSIMÉTRICA/SIMÉTRICA DAS VARIÁVEIS

Tabela 13- Valores da distribuição assimétrica/simétrica das subdimensões da qualidade do serviço

	Variáveis das subdimensões da qualidade do serviço	N	Skewness	
			Estatística	Erro Padrão
Tangibilidade	TA1	400	-0,999	0,122
	TA2	400	-0,561	0,122
	TA3	400	-1,085	0,122
	TA4	400	-2,021	0,122
Eficiência	EF1	400	-1,821	0,122
	EF2	400	-1,277	0,122
Profissionalismo	PR1	400	-1,769	0,122
	PR2	400	-2,245	0,122
	PR3	400	-1,744	0,122
	PR4	400	-2,613	0,122
Qualidade Técnica	QU1	400	-1,944	0,122
	QU2	400	-1,132	0,122
	QU3	400	-1,438	0,122
Comunicação	CO1	400	-2,052	0,122
	CO2	400	-2,228	0,122
	CO3	400	-1,867	0,122
	CO4	400	-1,737	0,122

Tabela 14- Valores da distribuição assimétrica/simétrica das dimensões antecedentes da satisfação

	Variáveis das dimensões antecedentes da satisfação	N	Skewness	
			Estatística	Erro Padrão
Tempo de Espera	TE1	400	-0,891	0,122
	TE2	400	-0,756	0,122
Valor Percebido	VA1	400	-1,205	0,122
	VA2	400	1,065	0,122
	VA3	400	-0,375	0,122
Equidade	EQ1	400	-1,917	0,122
	EQ2	400	-1,556	0,122
Expectativas de Satisfação	EX1	400	-1,281	0,122
Emoções	EM	400	0,185	0,122

Tabela 15- Valores da distribuição assimétrica/simétrica da dimensão posterior da satisfação

	Variáveis da dimensão posterior á satisfação	N	Skewness	
			Estatística	Erro Padrão
Lealdade	LE1	400	-1,455	0,122
	LE2	400	-1,831	0,122

ANEXO 5- VALORES DO TESTE DE QUI-QUADRADO

Tabela 16- Valores do teste de Qui-quadrado para as variáveis das subdimensões da qualidade do serviço

	Variáveis das subdimensões da qualidade do serviço	Qui-quadrado observado	Sig. do Qui-quadrado
Tangibilidade	TA1	135,747	0,000
	TA2	91,425	0,000
	TA3	130,341	0,000
	TA4	180,381	0,000
Eficiência	EF1	376,558	0,000
	EF2	260,542	0,000
Profissionalismo	PR1	185,524	0,000
	PR2	373,461	0,000
	PR3	380,614	0,000
	PR4	314,369	0,000
Qualidade Técnica	QU1	359,523	0,000
	QU2	415,686	0,000
	QU3	424,998	0,000
Comunicação	CO1	320,606	0,000
	CO2	339,206	0,000
	CO3	304,639	0,000
	CO4	300,645	0,000

Tabela 17- Valores do teste de Qui-quadrado para as variáveis das dimensões antecedentes da satisfação

	Variáveis das dimensões antecedentes da satisfação	Qui-quadrado observado	Sig. do Qui-quadrado
Tempo de Espera	TE1	234,129	0,000
	TE2	286,088	0,000
Valor Percebido	VA1	436,848	0,000
	VA2	71,213	0,000
	VA3	117,423	0,000
Equidade	EQ1	506,687	0,000
	EQ2	217,424	0,000
Expectativas de Satisfação	EX1	667,696	0,000
Emoções	EM	121,860	0,000

Tabela 18- Valores do teste de Qui-quadrado para as variáveis da dimensão posterior da satisfação

	Variáveis da dimensão posterior á satisfação	Qui-quadrado observado	Sig. do Qui-quadrado
Lealdade	LE1	639,808	0,000
	LE2	493,423	0,000