

Maria da Conceição Veiga Guimarães

Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida
Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Maria da Conceição Veiga Guimarães

Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida
Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Maria da Conceição Veiga Guimarães

Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar

Orientador: Professor Doutor António Joaquim Magalhães Cardoso

Parecer do Orientador:

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Qualidade.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

RESUMO

Os cuidados de saúde primários são o primeiro contacto dos utentes com os serviços de saúde, actualmente mais esclarecidos e mais exigentes, esperam elevados padrões de qualidade, daí a importância de analisar quais os factores que determinam a sua satisfação e simultaneamente, avaliar a qualidade dos serviços e o desempenho organizacional.

É neste contexto que o presente estudo se centra, procurando responder às seguintes questões: Será que os antecedentes da satisfação (imagem, expectativas, valor apercebido e qualidade apercebida) influenciam significativamente o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde Aldoar (CSA)? De que forma a satisfação dos utentes influencia os consequentes da satisfação (lealdade, reclamações e recomendação)?

Para a realização do estudo elaborou-se questionário que integrou as variáveis latentes do modelo ECSI (*European Customer Satisfaction Index*), ao qual se adicionou itens dos modelos SERVQUAL (*Service Quality*), do instrumento do projecto ComuniCare, do EUROPEP *Questionnaire*, do GPAS (*The General Practice Assessment Survey*) e do PSQ (*Patient Satisfaction Questionnaire*). A metodologia utilizada é a quantitativa de carácter descritivo e a população do estudo são os utentes que utilizam os serviços do CSA. A amostra é constituída por 400 utentes e o processo de amostragem é o não probabilístico por conveniência.

Os resultados evidenciam que todos os factores se relacionam de forma positiva e significativa com a satisfação global do utente. Pode concluir-se que a imagem institucional, as expectativas e a qualidade apercebida dos serviços determinam a satisfação do utente e esta, por sua vez, influencia a intenção de lealdade e recomendação e a não formalização de reclamações.

O presente trabalho contribui para a investigação, no domínio da avaliação da satisfação e da qualidade dos serviços, nos cuidados de saúde primários e sugere que os Centros de Saúde devem melhorar a sua imagem institucional, que tem impacto directo nas expectativas e satisfação dos utentes, como se conclui no presente estudo. Sugere ainda que, se incentive cada vez mais os utentes a utilizar os mecanismos formalmente instituídos para a recolha de reclamações/sugestões, com vista à melhoria contínua dos serviços de saúde.

ABSTRACT

The Primary health services are the first contact of users with health service, nowadays more clarified and demanding, expect high quality standards, hence the importance of analyzing which factors determine their satisfaction and simultaneously assess service quality and organizational performance.

It is in this context that this study, focuses on the following issues: Is the background of the satisfaction (image, expectations, perceived value and perceived quality) significantly influenced the degree of satisfaction of users of the Health Centre Aldoar (CSA)? How user's satisfaction, influence satisfaction consequents (loyalty, complaints and recommendation)?

Questionnaire's study was developed which included the latent variables of the model ECSI (European Customer Satisfaction Index) to which was added items of SERVQUAL model (Service Quality), the instrument of the project ComuniCare of Questionnaire EUROPEP of GPAS (The General Practice Assessment Survey) and the PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire). The methodology is quantitative, descriptive in nature, the population of the study are the users who use the services of the CSA. The sample consists of 400 users and the process of sampling is not probabilistic for convenience.

The results show that all factors are related in a positive and significant to the overall satisfaction of the user. It can be concluded that the institutional image, expectations and perceived quality of services determine user's satisfaction, and this in turn influences the intention of loyalty and recommendation and no formal complaints.

This work contributes to research in the field of evaluation of satisfaction and quality of services in primary health care and suggests that health centres, must improve their corporate image, which has direct impact on expectations and satisfaction of users, as concluded in this study. Also suggests that we must encourage users to use the formal mechanisms established for the collection of complaints / suggestions for the improvement of health services.

RESUMÉ

Les soins de santé primaires sont le premier contact de les utilisateurs avec des services de santé, aujourd'hui plus avertis et plus exigeants, prévoient des normes élevées de qualité, d'où l'importance de l'étude, les facteurs qui déterminent leur satisfaction et, simultanément, d'évaluer la qualité de services et la performance organisationnelle.

C'est dans ce contexte que cette étude, met l'accent sur les questions suivantes: Est-ce que l'histoire de la satisfaction (image, les attentes, la valeur perçue et la qualité perçue) influencé de façon significative le degré de satisfaction des utilisateurs du Centre de Santé Aldoar (CSA)? La façon dont la satisfaction des utilisateurs de l'influence résultant de satisfaction (la loyauté, les plaintes et les recommandations)?

Pour l'étude, le questionnaire a été élaboré et comprend le latent variables du modèle ECSI (*European Client Satisfaction Index*), à laquelle a été ajouté des éléments de SERVQUAL modèle (la qualité des services), l'instrument du projet de Questionnaire ComuniCare, de EUROPEP de GPAS (*The General Practice Assessment Survey*) et le PSQ (*Patient Satisfaction Questionnaire*). Le méthode est quantitative, de nature descriptive, la population de l'étude sont les utilisateurs qui utilisent les services de la CSA. L'échantillon se compose de 400 utilisateurs et le processus de prélèvement d'échantillons est non probabiliste par convenance.

Les résultats montrent que tous les facteurs sont liés d'une manière positive et significative à la satisfaction globale de l'utilisateur. Il peut être conclu que l'image institutionnelle, les attentes et la qualité perçue des services afin de déterminer la satisfaction de l'utilisateur, ce qui à son tour, influence de l'intention de fidélité et de la recommandation et pas de plaintes formelles.

Ce travail contribue à la recherche dans le domaine de l'évaluation de la satisfaction et la qualité des services en soins de santé primaires et suggère que les centres de santé doivent améliorer leur image de marque, qui a un impact direct sur les attentes et la satisfaction des utilisateurs, comme l'a conclu dans cette étude. Aussi suggère que si nous encourageons les usagers à utiliser davantage les mécanismes officiels mis en place pour la collecte des plaintes et des suggestions pour l'amélioration des services de santé.

Dedicatória

*Aos amores da minha vida,
os meus Filhos, Pais e Amigos*

Agradecimentos

Algumas pessoas contribuíram decisivamente para que este trabalho se tornasse possível, e que faço questão de lembrar e agradecer.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu orientador da dissertação, Professor Doutor António Cardoso, pela sua disponibilidade, paciência e ensinamentos transmitidos ao longo de todo este trabalho.

Gostaria também de agradecer à Direcção do CSA, à Unidade de Saúde Pública do CSA pela disponibilidade e compreensão e sobretudo aos colegas que se disponibilizaram desde logo a colaborar no importante momento de recolha de dados.

Quero agradecer especialmente aos meus filhos e meus pais, sobretudo pelos momentos em que eu os privei da minha companhia e também pela força e coragem que me inculcaram nos momentos mais difíceis deste percurso.

Por último, agradeço aos meus grandes amigos que com a sua presença, incentivo, paciência e amizade estiveram sempre comigo.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO -----	1
CAPÍTULO I – QUALIDADE E SATISFAÇÃO NOS SERVIÇOS -----	
1.1 Sector de serviços -----	6
1.1.1 Serviço Nacional de Saúde (SNS) -----	11
1.1.2 Os Centros de Saúde -----	11
1.1.3 O Centro de Saúde de Aldoar -----	12
1.2. Definir a Qualidade em Serviços -----	13
1.2.1 O modelo de qualidade em serviços “Gaps Model” -----	17
1.2.2 O modelo das dimensões técnica e funcional -----	22
1.2.3 Qualidade em serviços de Saúde -----	24
1.3. A Satisfação do Cliente em serviços -----	27
1.3.1 A Satisfação em serviços de Saúde -----	29
1.3.2 Características socio-demográficas como determinantes da Satisfação -----	30
1.3.3 Avaliar a Satisfação nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses -----	32
1.3.3.1 A Satisfação dos utentes e atitudes face aos Médicos e à medicina -----	32
1.3.3.2 Saude e doença em Portugal -----	33
1.3.3.3 Projecto MoniQuor -----	34
1.3.3.4 A voz dos utilizadores do Centro de Saude -----	35
1.3.3.5 Assegurar a qualidade no CS São João no Porto- Satisfação dos utentes ----	36
1.3.3.6 Projecto “Os centros de Saude em Portugal-a procura e oferta de serviços -	36
1.3.3.7 Os Centros de Saúde em Portugal -----	37
1.3.3.8 Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários -----	38
1.4. Medir a Qualidade e Satisfação em serviços -----	39
1.4.1 O papel do Gabinete do Cidadão nos serviços de saúde -----	41
1.4.2 ECSI - European Customer Satisfaction Index -----	44
1.4.3 Escala SERQUAL -----	47
1.4.4 Medir a Qualidade e Satisfação em serviços de Saúde -----	48
1.4.4.1. Projecto ComuniCare -----	49
1.4.4.2. EUROPEP -----	50
1.4.4.3. GPAS -----	51
1.4.4.4. PSQ -----	51
CAPÍTULO II - METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA -----	
2.1. Investigação em satisfação e qualidade apercebida nos serviço de saúde -----	53
2.2. Tipologia dos Estudos -----	54
2.2.1 Método de pesquisa -----	55
2.3 Apresentação do Estudo -----	56
2.3.1 Descrição do objecto -----	56
2.3.2 Objectivos -----	56

2.3.3 Problema-----	57
2.3.4 Hipóteses e variáveis-----	58
2.3.5 Justificação-----	64
2.3.6 Definição da Amostra-----	64
2.4. Metodologia Utilizada no Estudo-----	66
2.4.1 Modelos utilizados para o desenvolvimento do inquérito-----	66
2.4.2 A Construção do questionário e a adaptação dos modelos para este estudo---	68
2.4.3 Considerações éticas-----	72
CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS -----	
3.1. Caracterização do Perfil dos Respondentes -----	74
3.2. Apresentação, fiabilidade e validade dos dados-----	77
3.2.1 Análise das frequências absolutas e relativas-----	78
3.2.2 Análise multivariada dos resultados: Análise Factorial-----	84
3.2.2.1 Dados do Centro Saude Aldoar-----	87
3.2.2.1.1 Imagem-----	87
3.2.2.1.2 Qualidade apercebida-----	88
3.2.2.1.3 Valor apercebido-----	91
3.2.2.1.4 Expectativas-----	92
3.3. Confirmação das Hipóteses: Regressão Linear-----	92
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	
4.1. Resumo das conclusões das hipóteses-----	113
4.1.1 Antecedentes da Satisfação-----	116
4.1.1.1 Imagem-----	116
4.1.1.2 Qualidade Apercebida-----	117
4.1.1.3 Valor Apercebido-----	118
4.1.1.4 Expectativas-----	118
4.1.2 Consequentes da Satisfação-----	120
4.1.2.1 Lealdade-----	120
4.1.2.2 Recomendação-----	120
4.1.2.3 Reclamações-----	120
CONCLUSÃO-----	122
BIBLIOGRAFIA -----	127
ANEXOS -----	138
ANEXO I - Enquadramento histórico do Serviço Nacional de Saúde (SNS)-----	139
ANEXO II - Os Centros de Saúde e Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), enquadramento histórico e legislativo-----	144
ANEXO III - Caracterização do Centro de Saúde de Aldoar-----	152
ANEXO IV - Indicadores associados às variáveis latentes do Modelo ECSI-----	160

ANEXO V - As Dimensões da Escala SERQUAL -----	162
ANEXO VI- Questionário de satisfação do utente dos Hospitais SA -----	164
ANEXO VII- O questionário EUROPEP-----	172
ANEXO VIII- <i>The General Practice Assessment Survey (GPAS)</i> -----	176
ANEXO IX- <i>Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)</i> -----	178
ANEXO X- Pedido de autorização formal à Direcção do Centro de Saúde de Aldoar	180
ANEXO XI- Questionário do estudo-----	183

Índice de Figuras

Figura 1: Interação na prestação de serviços.	9
Figura 2: Inter-relações na prestação de serviços.....	10
Figura 3: <i>Gap Model</i>	18
Figura 4: Serviço esperado – modelo modificado	19
Figura 5: Modelo de Qualidade Percebida de Serviço.....	24
Figura 6: Atributos para satisfazer clientes que valorizam o serviço.....	28
Figura 7: Relação entre Expectativas/Satisfação do cliente/Qualidade Percebida	40
Figura 8: Modelo estrutural ECSI variáveis latentes	45
Figura 9: Correlações possíveis do modelo estrutural ECSI.....	59
Figura 10: Modelo estrutural ECSI variáveis latentes	67
Figura 11: Confirmação das hipóteses (R de <i>Pearson</i>).....	108

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Representação gráfica das Reclamações das Sub Regiões de Saúde (SRS) da (ARS) do Norte.....	43
Gráfico 2: Representação gráfica das Reclamações indicadas/Reclamações registadas no sistema	43
Gráfico 3: Representação gráfica da amostra do CSA	74
Gráfico 4: Representação gráfica quanto ao Género.....	74

Gráfico 5: Representação grafica quanto à idade	75
Gráfico 6: Representação grafica quanto ao estado civil	75
Gráfico 7: Representação grafica quanto ao nível de instrução	76
Gráfico 8: Representação grafica quanto à situação perante o trabalho	76
Gráfico 9: Representação grafica quanto à frequência de utilização	77

Índice de Tabelas

Tabela 1: Principais contributos dos Gurus da Qualidade	14
Tabela 2: Variáveis latentes do questionário do estudo	67
Tabela 3: Representação numerica e percentual M e DP da satisfação global	78
Tabela 4: Representação numerica e percentual M e DP da Imagem	79
Tabela 5: Representação numerica e percentual M e DP da Qualidade apercebida global	79
Tabela 6: Representação numerica e percentual M e DP da Qualidade das instalações	79
Tabela 7: Representação numerica e percentual M e DP do desempenho dos profissionais.....	81
Tabela 8: Representação numerica e percentual M e DP da Qualidade relacional	81
Tabela 9: Representação numerica e percentual M e DP da Acessibilidade	82
Tabela 10: Representação numerica e percentual M e DP do Valor apercebido	83
Tabela 11: Representação numerica e percentual M e DP das Expectativas	83
Tabela 12: Representação numerica e percentual M e DP da Lealdade.....	83
Tabela 13: Representação numerica e percentual das Reclamações apresentadas.....	83
Tabela 14: Representação numerica e percentual da Resolução das Reclamações	84
Tabela 15: Representação numerica e percentual M e DP da Avaliação das Reclamações	84
Tabela 16: Representação numerica e percentual M e DP da Recomendação.....	84
Tabela 17: Matris de correlações do factor Imagem	87
Tabela 18: Matris de correlações do factor Qualidade apercebida das instalações	88

Tabela 19: Matris de correlações do factor Qualidade afercebida do desempenho do pessoal Administrativo	89
Tabela 20: Matris de correlações do factor Qualidade afercebida do desempenho do pessoal Médico	89
Tabela 21: Matris de correlações do factor Qualidade afercebida do desempenho do pessoal de Enfermagem	90
Tabela 22: Matris de correlações do factor Qualidade afercebida dos serviços do CS (Acessibilidade)	91
Tabela 23: Matris de correlações do factor Valor afercebido	91
Tabela 24: Matris de correlações do factor Expectativas	92
Tabela 25: Correlações Imagem/Satisfação global	94
Tabela 26: Coefficientes Imagem/Satisfação global	94
Tabela 27: Correlações Imagem/Lealdade	94
Tabela 28: Coefficientes Imagem/Lealdade	95
Tabela 29: Correlações Imagem/Recomendação	95
Tabela 30: Coefficientes Imagem/Recomendação	95
Tabela 31: Correlações Imagem/Expectativas	95
Tabela 32: Coefficientes Imagem/Expectativas	96
Tabela 33: Correlações Satisfação global/Qualidade afercebida.....	97
Tabela 34: Coefficientes Satisfação global/Qualidade afercebida.....	97
Tabela 35: Correlações Qualidade afercebida global/Satisfação global.....	98
Tabela 36: Coefficientes Qualidade afercebida global/Satisfação global.....	98
Tabela 37: Correlações Qualidade afercebida global/Valor afercebido	98
Tabela 38: Coefficientes Qualidade afercebida global/Valor afercebido.....	99
Tabela 39: Correlações Valor afercebido/ Satisfação global.....	99
Tabela 40: Coefficientes Valor afercebido/ Satisfação global.....	99
Tabela 41: Correlações Valor afercebido/ Qualidade afercebida	100
Tabela 42: Coefficientes Valor afercebido/ Qualidade afercebida.....	101
Tabela 43: Correlações Expectativas/Valor afercebido.....	101
Tabela 44: Coefficientes Expectativas/Valor afercebido.....	101
Tabela 45: Correlações Expectativas/ Satisfação global	102
Tabela 46: Coefficientes Expectativas/ Satisfação global	102
Tabela 47: Correlações Expectativas/ Qualidade afercebida.....	103
Tabela 48: Coefficientes Expectativas/ Qualidade afercebida.....	103

Tabela 49: Correlações Satisfação global/Lealdade.....	104
Tabela 50: Coeficientes Expectativas/ Qualidade apercebida.....	104
Tabela 51: Correlações Satisfação global/ Recomendação	104
Tabela 52: Coeficientes Satisfação global/ Recomendação	105
Tabela 53: Correlações Satisfação global/ Formalização reclamações e opiniao sobre as mesmas	105
Tabela 54: Coeficientes Satisfação global/ Formalização reclamações e opiniao sobre as mesmas	106
Tabela 55: Correlações Não formalização reclamações/Lealdade.....	106
Tabela 56: Coeficientes Não formalização reclamações/Lealdade	106
Tabela 57: Correlações Não formalização reclamações/Recomendação	107
Tabela 58: Coeficientes Não formalização reclamações/Recomendação	107
Tabela 59: Correlações Lealdade/Recomendação.....	107
Tabela 60: Coeficientes Lealdade/Recomendação	108

Introdução

As grandes mudanças na economia mundial, caracterizada pela globalização e rapidez da evolução tecnológica, impõem a necessidade das organizações estarem cada vez mais comprometidas com a procura de maior competitividade traduzida em ganhos de produtividade e melhoria da qualidade.

Estamos diariamente envolvidos em transacção de serviços (Saias, 2007) e permanentemente confrontados com tomada de decisões sobre os serviços a consumir como, quando e a quem os adquirir. Desta forma o futuro das organizações depende, cada vez mais, da sua capacidade para satisfazer as necessidades explícitas e implícitas do cliente e o grande desafio é o de descobrir o que o cliente quer face a tantas mudanças e priorizar os processos que criam valor para o cliente.

Na opinião de Saias (2007) a diferenciação competitiva consiste na introdução de algo diferente na oferta do bem ou serviço, percebido como tal pelo mercado e que induza o comportamento do cliente à escolha. O mesmo autor propõe algumas estratégias de diferenciação para a organização ser percebida como diferente e se tornar sustentável: tornar tangível, o intangível; personalizar o serviço; aumentar o valor acrescentado para clientes e empregados; colocar à disposição mecanismos de controlo da qualidade e fazer coincidir as expectativas com a qualidade recebida.

As organizações, para terem clientes satisfeitos e leais, devem dispor de sistemas de avaliação e análise, de forma a conhecer a evolução destes activos intangíveis e implementar programas de melhoria.

Nos últimos anos, os estudos sobre a satisfação do consumidor absorveram parte considerável dos esforços dos institutos de pesquisa, dos órgãos governamentais e das empresas interessadas em implementar programas de qualidade total. Na opinião de Anderson *et al.*, (1994) a satisfação dos clientes é um indicador fundamental de gestão de organizações, que leva a decisões estratégicas e operacionais, que influenciam o nível de qualidade dos serviços prestados, considerando-se assim a satisfação, como medida de desempenho organizacional.

O conceito de satisfação é de difícil operacionalização, pelo facto de ser um conceito multidimensional. O grau de satisfação pode ser influenciado por inúmeros aspectos relacionados com as características dos próprios indivíduos, com experiências anteriores, com as expectativas que estes têm relativamente ao serviço e pode ser influenciado por variáveis impossíveis de controlar pelo investigador, que podem influenciar os resultados de estudos realizados neste âmbito.

Fornell *et al.*, (1996) propuseram e têm aplicado intensamente o denominado Modelo do Índice de Satisfação do Cliente Norte-americano (ACSI). Este modelo pretende oferecer uma base de mensuração uniforme e comparável para a satisfação global do cliente, além de apontar relações de tal constructo com seus principais antecedentes e consequentes. Implícito no modelo está o reconhecimento de que a satisfação global do cliente, como variável latente não pode ser medida directamente, sendo necessário alguns indicadores na sua mensuração. O resultado mais imediato e palpável da operacionalização desse modelo é um *score* da variável latente da satisfação global do cliente, que em termos genéricos, é o suficiente para a comparação ao longo do tempo de organizações fornecedoras de produtos ou serviços. A Comunidade Europeia recomendou a criação de um índice de satisfação do cliente nos seus países membros o *European Customer Satisfaction Index* (ECSI)

A saúde é hoje encarada como um sistema, com diversos níveis de intervenção, com organização específica a cada nível, possuindo modelos de financiamento adequados e métodos de avaliação específicos e objectivos em termos de efectividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados. A matriz fundamental de um Sistema de Saúde, orienta-se no sentido de alcançar finalidades e valores claramente definidos pela sociedade e que serão o ponto de partida para desafios estratégicos de médio e longo prazo.

Portugal sofreu nas últimas décadas importantes transformações que se caracterizam pela democratização e descolonização em 1974, pela entrada na CEE em 1986, e pela integração na União Monetária Europeia em 2000. Também o sistema de saúde Português tem vindo a sofrer grandes alterações estruturais, e assenta num quase exclusivo financiamento do Estado, o qual detém uma rede própria, tanto a nível de cuidados de saúde primários como diferenciados, consagrando o princípio de que os serviços se disponibilizem e estruturam no interesse do cliente. Sistemas de saúde

fortemente orientados para os cuidados de saúde primários obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização adequada dos serviços e maior satisfação dos utilizadores a baixo preço (OMS, 2004). Na Europa, é necessário um maior investimento nos Cuidados de Saúde Primários para permitir que os sistemas de saúde cumpram o seu potencial. Esse investimento tem a ver não só com recursos humanos e infra-estruturas, mas também com educação, formação, investigação e melhoria contínua da qualidade (WHO, 2004).

Na opinião de Pinto (1994) o que caracteriza um bom sistema de saúde, será a combinação de quatro factores: qualidade; grau de satisfação razoável por parte dos utentes; custos controlados e um sistema de financiamento repartido. Cresce a preocupação de imprimir ao sistema, ganhos de qualidade e eficiência, pois não só ao cidadão se reconhece o direito à acessibilidade aos cuidados de saúde como também à qualidade destes, que deve igualmente pautar-se por padrões de melhoria na relação de custo/benefício dos serviços prestados.

O cliente não se limitará a exigir altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja sempre atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à sua medida, prestando atendimento personalizado e avaliando constantemente o seu comportamento. “...não é suficiente definir o que se deve dar ao cliente (*standards*) mas sim como se deve dar, isto é, que características deve ter a organização.” (Fernandes, 2000).

Ao reflectir-se sobre esta problemática da satisfação do utente dos serviços de saúde, e tendo em conta as mudanças verificadas no SNS, tomando como perspectiva a centralidade do utente na prestação de cuidados, considera-se pertinente este estudo e pretende-se obter informações sobre a satisfação dos utentes, que possibilitem a gestão dos centros de saúde mais centrada nas expectativas dos utentes e um serviço de saúde à sua medida. É neste contexto que surgem questões para as quais o investigador pretende obter resposta: *Será que os antecedentes da satisfação influenciam significativamente o grau de satisfação dos utentes do Centro de Saúde Aldoar (CSA)? De que forma a satisfação dos utentes influencia os consequentes da satisfação?*

Por uma questão de proximidade e facilidade em realizar o estudo e ainda pelo facto da investigadora trabalhar no CSA, considera pertinente o estudo, no sentido de obter

respostas que possam levar a implementação de melhorias, tendo por base os antecedentes da satisfação do utente e a influencia da mesma nos seus consequentes.

O estudo completo decorreu entre Maio de 2007 e Abril de 2008, e o objectivo geral deste trabalho, é avaliar a satisfação dos utentes e a qualidade apercebida dos serviços do Centro de Saúde de Aldoar situado no Porto. Para tal, são analisadas as relações entre as variáveis latentes (imagem, expectativas, qualidade apercebida; valor apercebido; lealdade; reclamações e recomendação) e a variável central satisfação. Com base nestes pressupostos definiram-se 18 hipóteses aquando da delineação do problema.

Considera-se que a metodologia mais adequada a este estudo é a descritiva de abordagem quantitativa. A população *alvo*, são os utentes inscritos e que utilizam os serviços do CSA. O processo de amostragem, foi o não probabilístico e a amostra deste estudo é constituída por 400 sujeitos inscritos e que utilizam os serviços do CSA no período entre 16 de Dezembro de 2008 e 4 de Fevereiro de 2009. O pré-teste decorreu entre 16 a 22 de Dezembro de 2008 e foram entrevistados 15 sujeitos que não foram incluídos na amostra.

Após pesquisa exaustiva de instrumentos aplicados na área da avaliação da satisfação do cliente/utente dos serviços em geral e da saúde em particular, construiu-se um questionário, tendo por base o modelo *European Customer Satisfaction Index* (ECSI), onde se tentou integrar elementos das principais metodologias internacionais de medição da qualidade e satisfação adaptadas às características específicas da saúde, como o SERVQUAL; o instrumento utilizado no Projecto ComuniCare; o *The General Practice Assessment Survey* (GPAS); o *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) e o *EUROPEP Questionnaire*. O questionário final do estudo foi estruturado em 10 secções com 64 variáveis e foi administrado pelo investigador: Satisfação Global; Imagem; Qualidade Apercebida; Valor Apercebido (relação preço/qualidade); Expectativas; Lealdade; Reclamações; Recomendação; Frequência de utilização/Unidade de Saúde; Características socio-demográficas.

O Programa informático utilizado para o tratamento estatístico dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 16.0).

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se: a problemática do sector de serviços em geral, com particular destaque para a

realidade dos serviços de saúde e a temática da qualidade e satisfação nos serviços, com ênfase no sector da saúde. O segundo capítulo descreve detalhadamente a metodologia utilizada bem como a construção do instrumento de colheita de dados. O terceiro capítulo refere-se à análise do estudo empírico, com os resultados da pesquisa, onde se apresenta a análise das frequências, a análise factorial e a confirmação das hipóteses através da regressão linear. O quarto capítulo reporta-se à discussão dos resultados do estudo, relacionando-os com trabalhos realizados na mesma área. Por ultimo apresenta-se as conclusões, as limitações do estudo e ainda as implicações futuras do mesmo.

Os resultados evidenciam que os antecedentes têm um efeito positivo e significativo na satisfação global do utente e esta, por sua vez tem impacto significativo na intenção de lealdade e recomendação e na não formalização de reclamações.

O estudo foi realizado mediante a autorização formal da Direcção do Centro de Saúde de Aldoar e os participantes foram informados dos objectivos do estudo e da forma de participação no mesmo, sendo-lhes garantida a confidencialidade e anonimização dos dados (consentimento informado dos participantes).

O trabalho desenvolveu-se com muito empenhamento, de forma séria e também com muito prazer, não obstante alguns obstáculos e dificuldades de percurso, sobretudo de ordem temporal e económica mas foram ultrapassados com entusiasmo e determinação.

CAPITULO I

Qualidade e Satisfação nos Serviços

1.1 Sector de Serviços

Existem muitos conceitos e abordagens do termo serviço, tornando-se difícil de o definir de forma objectiva e directa.

O processo de criação do serviço – *Servuction* – é segundo os seus autores, Eiglier e Langeard (1991 *cit. in* na Revista Qualidade em Saúde, Setembro de 2003), e partilhada por outros (Carlzon, 1993; Tapscott, 1996, *cit. in* Gonçalves, 2007), a organização sistemática e coerente de todos os elementos, físicos e humanos, necessários para a prestação de serviço e cujas características e níveis de qualidade foram predeterminados. No conceito *Servuction*, o serviço é sempre o que resulta de uma inter-relação, ou seja, é o resultado de uma interacção entre duas pessoas e um produto ou serviço, enquadrada por um ambiente apropriado, apoiada por um meio físico e logístico. O processo de concepção do serviço pode e deve ser um processo formal e sistemático (Saias, 2007). A concepção do serviço passa pela definição das necessidades a satisfazer e para tal pressupõe-se o conhecimento dos segmentos que se pretende servir.

Serviço pode ser definido como uma acção ou um processo cuja característica principal é a intangibilidade, e que pode estar ou não, ligado a um bem físico (Kotler, 2003). A aplicação de esforços humanos a pessoas também é resultado de um serviço (Lamb *et al.*, 2004). Relativamente aos esforços humanos, Grönroos (2003, p.65) define serviços *high-touch*, como:

(...) um processo, consistindo em uma série de actividades mais ou menos intangíveis que normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem nas interacções entre o cliente e os funcionários de serviços e/ou recursos ou bens físicos e/ou sistemas do fornecedor de serviços e que são fornecidas como soluções para problemas do cliente.

A intangibilidade é uma “característica peculiar dos serviços que os torna incapazes de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos” (Bateson e Hoffman, 2003, p.31). Isto é, os serviços são imateriais, não podem ser mostrados ao cliente, não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem consumidos. O cliente não pode pois examinar em detalhe o serviço antes de o consumir.

Na opinião de Alves (2003) esta intangibilidade deve ser compensada por uma qualidade acentuada, com base no valor de uso de serviço, na economia de tempo, no fornecimento de informações, do saber fazer e ainda na disponibilidade de diferentes equipamentos.

Na opinião de vários autores (Grönroos, 2003; Zeithmal e Bitner, 2003; Bateson e Hoffman, 2003; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2005; Saias, 2007) a intangibilidade não é a única característica que diferencia os serviços de bens físicos, estes são diferenciados por mais três características: Inseparabilidade; Heterogeneidade (ou Variabilidade) e Perecibilidade.

A inseparabilidade dos serviços significa que estes não podem ser separados dos seus prestadores. Os serviços são vendidos e só depois produzidos e consumidos simultaneamente no mesmo local. Cliente e prestador fazem parte do serviço, ambos, influenciam o resultado, logo é importante que o pessoal de contacto esteja treinado a interagir com o cliente. Uma segunda característica da inseparabilidade dos serviços é a presença e envolvimento de outros clientes, pelo que a sua presença e comportamento poderá determinar a satisfação, que o serviço oferece ao cliente individualmente. A implicação para a gestão do serviço, será a de garantir, que os clientes envolvidos no serviço não interferem com a satisfação dos restantes. Dado que a produção dos serviços pressupõe uma relação directa entre o cliente e o pessoal de contacto é pois fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança.

Em relação à Heterogeneidade, um serviço envolve pessoas na sua produção e no consumo pelo que há um elevado potencial de variação. De facto, a qualidade dos serviços é heterogénea porque depende de quem o presta, do momento, do local e da forma como é prestado. O próprio cliente contribui para a qualidade do serviço através do seu grau de exigência, competência, experiência e envolvimento.

A Perecibilidade, quer dizer que a produção, o fornecimento e o consumo dos serviços dá-se de forma simultânea, por isso os serviços não podem ser armazenados. Esta característica não será um problema se a procura for estável, no entanto na generalidade dos casos assim não acontece e a organização tem que procurar ajustar a oferta e a procura. Nos produtos o comprador tem acesso ao bem por um período ilimitado de tempo tornando-se o seu proprietário, nos serviços esta propriedade não se verifica.

O consumidor dos nossos dias apresenta algumas tendências de comportamento de consumo que Saias (2007) apresenta como o modelo dos 3C: Comodidade; Conveniência e Confiança. Isto significa que o cliente pretende adquirir um bem ou serviço com um certo nível de conforto ou comodidade (proximidade, a facilidade de deslocação ao serviço, a existência de parque de estacionamento, entre outros) que lhe seja conveniente e tem tendência a escolher o prestador de serviços em quem confia, o que leva as empresas produtoras de bens ou serviços preocuparem-se em conquistar a confiança dos clientes, consumidores e público em geral.

O valor de um serviço só é efectivo quando o serviço se realiza. Para que este se efective é necessário que existam em simultâneo duas condições: o cliente tem necessidade do serviço e pretende satisfazer essa necessidade vindo procurar o serviço; e haja disponibilidade de meios e pessoas para a organização prestar esse serviço.

Em termos teóricos, consideramos estar perante um “bom serviço”, quando ele excede as expectativas do cliente, quando consegue satisfazer necessidades tangíveis e intangíveis de uma forma mais completa do que o cliente esperaria. Não existe uma definição de “bom serviço”, isto varia de cliente para cliente, tomando como exemplo, se um cliente espera rapidez e encontra simpatia, estamos perante um mau serviço, pois não conseguimos ir de encontro às suas expectativas. Os prestadores de serviços devem saber exactamente o que os clientes e os potenciais clientes consumidores de serviços, esperam deles (Fernandes, 2000).

Numa organização de prestação de serviços, a situação complica-se quando um mesmo prestador de serviços tem de atender vários clientes (IQS, 2003). Em cada uma destas interacções resulta um serviço (vários serviços como ilustra a Figura 1) que vai ser percebido de maneira diferente pelos diferentes clientes conforme: as suas expectativas; a sua experiência anterior; a efectiva satisfação da necessidade do serviço; a sua

disposição no momento em que ocorre o serviço; a forma como se sente ou não confortável no ambiente em que a prestação ocorre; a disposição do próprio prestador e os meios físicos de que este dispõe para prestar este serviço.

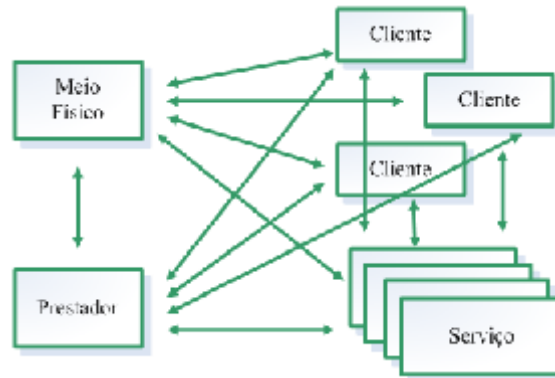


Figura 1 – Interação na prestação de serviços.

Fonte: Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), (2003).

Também existem frequentemente diversos prestadores de serviços, que podem dar resposta a uma mesma necessidade expressa por um cliente. Da interacção entre estes diferentes prestadores (a fazer o mesmo tipo de actividade) e o cliente podem resultar serviços diferentes. Cada prestador interage de forma diferente com o cliente, o que vai produzir neste último percepções (satisfação de necessidades e expectativas) diferentes.

Por sua vez, os diferentes prestadores e os diferentes clientes interagem com o meio físico (de forma diferente) e interagem uns com os outros (clientes entre si e prestadores entre si) de forma muitas vezes imprevisível e inesperada.

A Figura 2 representa a imensa complexidade destas inter-relações. E isto é o que se passa todos os dias e a todas as horas em todos os locais de atendimento de clientes nos Serviços de Saúde. Basta, por exemplo, pensar numa fila de espera para marcação de consultas e toda esta teia de relações entre pessoas, meio ambiente, instalações, materiais e equipamentos se torna fácil de compreender, mas difícil de gerir.

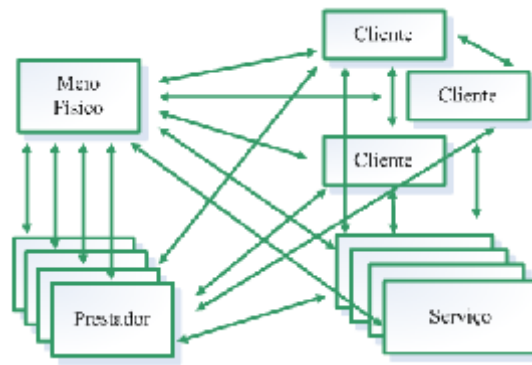


Figura 2: Inter-relações na prestação de serviços.

Fonte: Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), (2003).

O serviço vai ser avaliado pelo cliente, que o considera bom ou mau conforme as suas expectativas e experiência passada. Esta avaliação, que se traduz numa percepção positiva ou negativa, afecta o seu imediato comportamento, bem como a sua relação futura com ele e com a empresa de serviços.

Do mesmo modo, o prestador avalia o trabalho, incómodo, satisfação ou stress que sentiu aquando da prestação do serviço e daí resulta um aumento ou baixa da sua motivação (e/ou auto-estima), o que afecta a sua relação com o cliente. A valorização que cliente e prestador fazem do serviço prestado pode ser muito diferente, podendo até ser diametralmente oposta.

As organizações prestadoras de serviços de sucesso focam a sua atenção, nos clientes e nos recursos humanos, compreendendo a cadeia que liga os lucros, aos funcionários e à satisfação do cliente.

A maioria dos serviços públicos desenvolve e publica medidas ou indicadores de desempenho para auxiliar na determinação de prioridades para o futuro, bem como para julgar o progresso em direcção a metas e objectivos estratégicos durante um período de tempo. O ponto é determinar “se” e “como” o aumento da satisfação do cliente pode ter um impacto positivo sobre medidas de desempenho (Kotler e Lee, 2008). Para os mesmos autores, cada situação representa uma oportunidade para criação de clientes satisfeitos e para a organização obter sucesso deve colocar no topo da pirâmide invertida os clientes, e logo a seguir o pessoal da linha da frente que atende os clientes, opinião também partilhada por Carapeto e Fonseca (2006).

1.1.1 Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A saúde é hoje encarada como um sistema com diversos níveis de intervenção, com organização específica a cada nível, possuindo modelos de financiamento adequados e métodos de avaliação específicos e objectivos em termos de efectividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados. As actividades, inerentes a um sistema de saúde destinam-se a promover, restaurar ou manter a saúde e só serão efectivas, com um sistema de informação de retaguarda (DGS).

O sistema de saúde resulta de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante, influenciado por determinantes diversificadas que não dependem apenas das decisões governamentais, mas também da participação e adesão das forças envolvidas, destacando-se os profissionais de saúde e, em especial, os cidadãos

A organização dos serviços de saúde sofreu alterações através dos tempos, e foi-se organizando para dar resposta sobretudo às necessidades de saúde. No Anexo I faz-se uma breve referência ao enquadramento histórico do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS).

1.1.2. Os Centros de Saúde

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde.

Os cuidados de saúde primários estão abrangidos pela “universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade” a que se refere a alínea a) do n.º 2 do art. 64 da Constituição da Republica Portuguesa, enquanto concretização do direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. É nesta medida que todos os cidadãos têm direito à inscrição num Centro de Saúde livremente escolhido, e o recurso aos cuidados de saúde prestados nestas instituições, obriga apenas, o pagamento de taxas moderadoras, exceptuando as situações de isenção legalmente previstas.

Um relatório da Organização Mundial de Saúde, de Janeiro de 2004, conclui que a evidência disponível confirma, que sistemas de saúde fortemente orientados para os cuidados de saúde primários, obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a um custo mais baixo.

A evidência científica a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efectivos, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efectividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários (Starfield, 1998, *cit in* Reis, 2006)

O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) faz referência à rede de cuidados de saúde primários como um dos focos essenciais para a reorientação do sistema de saúde em Portugal, devendo os investimentos nesta área contemplar o oferecimento ao cidadão de um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria de acesso), com efectividade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

A Reconfiguração e Autonomia dos Centros de saúde é já uma realidade, estes ganham, um grau de autonomia de gestão, que é efectivamente novo no contexto nacional, neste contexto, os cidadãos têm a possibilidade de influenciar as linhas de orientação das actividades do Centro de Saúde. No Anexo II faz-se referência ao enquadramento histórico e legislativo.

1.1.3 O Centro de Saúde de Aldoar (CSA)

Este estudo de investigação vai ser desenvolvido na área dos cuidados de saúde primários, mais concretamente no Centro de Saúde de Aldoar (CSA) no Porto, cuja área de influência são as freguesias de Aldoar e Ramalde.

O Centro de Saúde de Aldoar situa-se no distrito e concelho do Porto, pertence à Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), ficando situada a sua sede na freguesia de Aldoar. Tem uma população de cerca de 65.573 utentes inscritos.

O Centro de Saúde de Aldoar presta cuidados na vertente sócio-familiar, visando a promoção da saúde e prevenção primária, secundária e terciária e é constituído por uma equipa multidisciplinar.

Devido à área geodemográfica deste Centro de Saúde, este é constituído por 6 unidades de saúde: Unidade de Saúde de Aldoar (USA); Unidade de Saúde do Carvalhido (USC); Unidade de Saúde Familiar de Ramalde (USFR); Unidade de Saúde Familiar de Serpa Pinto (USFSP); Unidade de Saúde Familiar Espaço Saúde (USFES); Centro de Atendimento a Jovens (CAJ). As únicas que funcionam em espaço criado de raiz para o

efeito são a USA e USFES, as restantes quatro Unidades são distantes entre si e funcionam em prédios de habitação adaptados para o efeito:

Em relação aos recursos humanos, o quadro do Centro de Saúde de Aldoar contempla 43 médicos (39 de Clínica Geral e 4 de Saúde Pública), 44 Enfermeiros, 35 Administrativos, 16 Auxiliares e 5 Técnicos, conforme publicado no D.R. – I Série B, nº. 302/96 de 31 de Dezembro, continuando a verificar-se uma grande disparidade entre os recursos humanos existentes e as reais necessidades. Neste momento, fazem parte do quadro 40 Médicos (38 de Clínica Geral e 2 de Saúde Pública), 25 Enfermeiros, 1 Coordenadora Gestão Administrativa, 17 Assistentes Administrativos, 1 Chefe de Secção, 8 Auxiliares Administrativos e de Apoio e Vigilância e 1 motorista. Fazem ainda parte do quadro, 1 Ortopedista (35 horas), 1 Nutricionista (35 horas), 2 Assistentes Sociais (35 horas), 1 Psicóloga Clínica (35 horas) e 1 Higienista Oral (35 horas).

Nos últimos anos verificou-se um aumento do número de utentes inscritos no Centro de Saúde de Aldoar e são essencialmente das freguesias de Aldoar e Ramalde, no entanto existe uma menor percentagem que é de outras freguesias limítrofes. Total de utentes inscritos no final do ano de 2007, 15.047 na Unidade de Aldoar e 22.809 na Unidade de Carvalhido (mais pormenorizado em Anexo III).

1.2. Definir a Qualidade em Serviços

Talvez a definição mais simples da qualidade seja aquela, inspirada no trabalho de Deming (1986, *cit in* Pires, 2004), pioneiro da qualidade na indústria, e que no seu aspecto mais básico, qualidade significa "fazer o que é correcto e da forma correcta". Ainda na perspectiva de Pires (2004) a qualidade assenta em três vertentes: qualidade de concepção, qualidade de desempenho e qualidade de funcionamento. Na área da saúde, isto significa oferecer uma gama de serviços que sejam seguros e eficazes e que satisfaçam as necessidades e desejos do cliente.

Em termos genéricos a qualidade para os Normativos ISO¹ pode ser definida como um conjunto de propriedades e características de um produto ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas do cliente.

No que tange à qualidade, apesar de sua popularidade, há pouca convergência a respeito de sua definição (Huff, Fornell e Anderson, 1994, *cit in* Milan e Trez (2005). Saias (2007, p.324) refere que o único princípio definidor de qualidade que parece ser consensual entre os vários autores é defini-la como: *Qualidade é o que os clientes ou consumidores dizem que é.*

Como exemplo, podemos citar algumas definições de qualidade, as quais abordam diferentes conceitos. Qualidade é conformação a especificações (Crosby, 1995), é adequação ao uso (Juran, 1988), ou o julgamento do consumidor sobre a excelência global ou superioridade de um produto ou serviço (Zeithaml e Bitner, 2003). Foram vários os autores ao longo do tempo que se debruçaram e contribuíram para a gestão da qualidade. Carapeto e Fonseca (2006) tentam aglutinar na tabela 1 os principais contributos dos vários autores.

Autor	Principal contributo
Armand Feigenbaum	A qualidade como cultura e custo de qualidade – Incorporação da qualidade no processo de produção para evitar correcção posterior. Criou a expressão “ <i>total quality control</i> ”. A qualidade é uma forma de gestão da organização, com a participação de todos e orientada para o cliente.
Genichi Taguchi	Engenharia da qualidade – métodos para o desenho e desenvolvimento dos processos de industrialização com o máximo de eficiência. O objectivo é minimizar a não qualidade.
Joseph Juran	Triologia de Juran – Planeamento, controlo e melhoria da qualidade. Defende que o TQM é flexível e dá ênfase ao “custo da não qualidade” e ao papel da gestão de topo. Define qualidade como a aptidão para o uso. Enfatiza o papel dos profissionais da qualidade, que desenvolvem os programas de qualidade. Define “ <i>espiral da qualidade</i> ” como uma acção contínua, centrada na satisfação das necessidades dos clientes, internos e externos e na melhoria dos produtos e processos.
Kaoru Ishikawa	7 Ferramentas da Qualidade – Métodos simples, utilizáveis por todas as pessoas para resolver problemas. Círculos da Qualidade – Grupos de voluntários, estáveis no tempo, que têm como objectivo principal melhorar a qualidade dos processos e o ambiente de trabalho. Os círculos aumentam o envolvimento das pessoas na organização e são um canal de comunicação ascendente e descendente.
Masaaki Imai	Kaizen – A expressão que no Japão é utilizada para designar a melhoria contínua. É um processo incremental, sistemático e contínuo de melhoria que

XIV _____

¹ A Organização Internacional de Normalização (ISO) introduziu no início dos anos 90 a série de normas (*standards*) ISO 9000 para a gestão e garantia da qualidade, que se aplicam ao sector de produção de bens e/ou serviços, bem como à área da governação.

	utiliza as melhores ferramentas, técnicas e conceitos (<i>just-in-time</i> ; PDCA; círculos de qualidade, etc.). É uma estratégia orientada para as pessoas e assente na informação aberta e partilhada e na utilização da tecnologia existente, que, partindo do princípio de que tudo é melhorável, se traduz em pequenas melhorias graduais possibilitadas pelo envolvimento criativo de todas as pessoas.
Shigeo Shingo	Zero Defeitos – Estratégia para identificar os erros e resolve-los antes de se tornarem defeitos que contaminem a qualidade. É aplicada através da monitorização das potenciais fontes de erro. Desenvolveu o teste “ <i>Poka-Yoke</i> ”.
Philip B. Crosby	Catorze pontos simples para a gestão – Serve para facilitar a compreensão dos gestores. O TQM não é só filosofia mas também acção (compromisso da gestão; equipas da melhoria da qualidade; custo de qualidade; planeamento zero defeitos; eliminação de causa de erros; recomeçar). A qualidade é a conformidade com os requisitos, fazendo bem à primeira.
Taiichi Ohno	<i>Just-in-Time</i> – Sistema de gestão de produção que permite entregar ao cliente o produto com a qualidade exigida, na quantidade necessária e no momento exacto. Melhora os resultados da organização com a participação dos trabalhadores através da eliminação de todas as tarefas ou actividades que não trazam valor acrescentado.
W. Edward Deming	14 Passos para a Gestão – Devem guiar a direcção da organização; divulgou o ciclo PDCA, que passou a ser conhecido como ciclo de Deming. A sua abordagem é altamente estatística: mede a qualidade de forma estatística confrontando a performance com as especificações. A qualidade é responsabilidade de todos.
Walter Shewhart	Ciclo de Shewhart (PDCA) – Processo metodológico básico para assegurar as actividades fundamentais de melhoria e manutenção daquilo que é melhorado (PDCA e Processos de Controlo estatístico).

Tabela 1 – Principais contributos dos Gurus da Qualidade.

Fonte: Carapeto e Fonseca (2006, p. 39-40)

(...) a qualidade tem uma componente subjectiva, por vezes difícil ou mesmo impossível de medir com precisão, do ponto de vista do controlo da qualidade ou da garantia da qualidade, a qualidade necessita de ser objectivada e quantificada de forma a ser mensurável, de outra forma não haverá possibilidade de controlo; mesmo as características subjectivas devem na medida do possível ter alguma forma de medição (ou comparação). (Pires, 2004, p.20-21)

A qualidade é uma filosofia de gestão e um compromisso com a excelência. É voltada para o exterior da empresa (baseado na orientação para o cliente) e não para o interior (redução de defeitos) (Cardoso, 1996).

Scheckler (1996), *cit in* Fonseca *et al.*, (2005) refere que a qualidade não é uma nova filosofia de gestão, é uma nova filosofia de vida, uma nova postura comportamental, não unicamente para produzir mais, porém melhor, com menor custo, menor desperdício e menos trabalho.

Garvin (1984), *cit in* Ferreira, (2000), Lovelock e Wright (2003), Grönroos (1990) e Fornell (1991) *cit in* Milan e Trez (2005) definem qualidade como o grau segundo o qual um conjunto de características, de um produto e/ou serviço, ou processo satisfazem ou superam as expectativas do cliente. Assim, qualidade é conformação às especificações do cliente, e o importante é que ele a perceba como qualidade.

Ao referirmo-nos à qualidade, podemos definir quatro grandes áreas de intervenção: ao nível da concepção, em que se deve incorporar as necessidades e expectativas do cliente; ao nível do fabrico ou prestação de serviço, assegurando que o produto ou serviço esteja de acordo com as especificações; ao nível da utilização, garantindo o que o cliente espera do produto ou serviço e ao nível relacional que pode ser a medida da eficácia dos contactos com os clientes internos ou externos (Pires, 2004).

A qualidade inicia-se pela identificação das necessidades dos clientes (interface da organização com o exterior), seguindo-se, o que podemos chamar de expressão funcional da necessidade (o que o produto/serviço deve fazer). Esta constitui o *input* para os gabinetes de desenvolvimento, que procuram a melhor solução técnica que permita a satisfação da necessidade identificada. Um dos resultados desta actividade é, normalmente, a especificação técnica do produto/serviço, bem como as especificações dos meios de produção/prestação do serviço, isto é, qualidade é definida pelo cliente e alcançada através da melhoria contínua” (Kotler e Lee, 2008).

A qualidade não depende unicamente de factores técnicos e de características organizacionais, depende sobretudo das pessoas. Na opinião de Carapeto e Fonseca (2006, p. 91)

a qualidade é uma construção social, reside na mente das pessoas, resulta da negociação de significados e varia de acordo com factores, como os grupos sociais e as representações sociais do que é bom e mau.

Os sistemas de qualidade definidos nos normativos ISO 9000-9004 especificam o que é necessário para gerir a qualidade, mas não como fazê-la. Esta visão da qualidade não é suficiente para alcançar os objectivos, isto é, o resultado do contacto com o cliente não depende apenas do que se está a fazer, mas também de como se faz.

A Gestão pela Qualidade Total é um sistema eficiente para a integração do desenvolvimento da qualidade, da manutenção da qualidade e dos esforços de melhoria da qualidade, dos diversos grupos de uma organização, para permitir a produção de bens e serviços mais económicos, e que tenham em conta a satisfação total do consumidor (Feigenbaum, 1983 *cit in* Zanon, 2000).

Gerir a qualidade tem por finalidade melhorar continuamente a produtividade em cada nível de operação e em cada área funcional é agir de forma planeada e sistematizada para implantar e implementar na organização, um ambiente na qual, exista a satisfação mútua, em todas as relações fornecedor/cliente, sejam internas ou externas (Cerqueira, 1993 *cit in* Nascimento *et al*, 2006).

Durante e após esta fase ocorrem actividades de verificação interna (usualmente chamadas de controlo da qualidade) e avaliação externa (auscultação directa do grau de satisfação dos clientes). Estas actividades dão origem a medidas correctivas e preventivas nos produtos/serviços e processos. O ciclo descrito reinicia-se com a identificação de novas necessidades dos clientes e/ou novas oportunidades. A qualidade não está apenas, nem fundamentalmente, na produção/prestação de serviço, mas cada vez mais na interface da organização com os seus clientes.

Williamson *cit in* Sale (2000) define garantia da qualidade como a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para os modificar sempre que necessário, tendo em conta os resultados dessa medição.

1.2.1. O modelo de qualidade em serviços “Gaps Model”

O *Gaps Model* é um modelo de análise que quando bem aplicado fornece informações sobre o serviço, sobre o cliente e suas necessidades e também permite obter informações sobre a qualidade do serviço na perspectiva do cliente, principais falhas do serviço e suas razões. Zeithmal e Bitner (1996) *cit in* Saias (2007, p.407) são os responsáveis pela criação deste modelo.

De facto o *gaps model* fornece ferramentas analíticas e operacionais de inestimável valor e contributo para transpor o fosso (podemos agora dizer *gap*) que separa a concepção e a implementação de estratégias comerciais.

O modelo permite identificar o que está mal num determinado serviço, permite definir as causas desses defeitos e apontar as soluções. O modelo estrutura-se em três etapas: a 1ª etapa, é a definição do que seria o serviço perfeito; 2ª etapa é a definição do serviço efectivamente recebido pelo cliente; e a 3ª etapa é a identificação dos processos que conduzem à discrepância identificadas nas etapas anteriores. No sentido de sistematizar e arrumar essas diferenças surgem os cinco grupos de *Gaps*, como se pode ver na Figura 3. O *Gap 5* é o do cliente e os *Gaps* de 1 a 4 são denominados os do fornecedor.

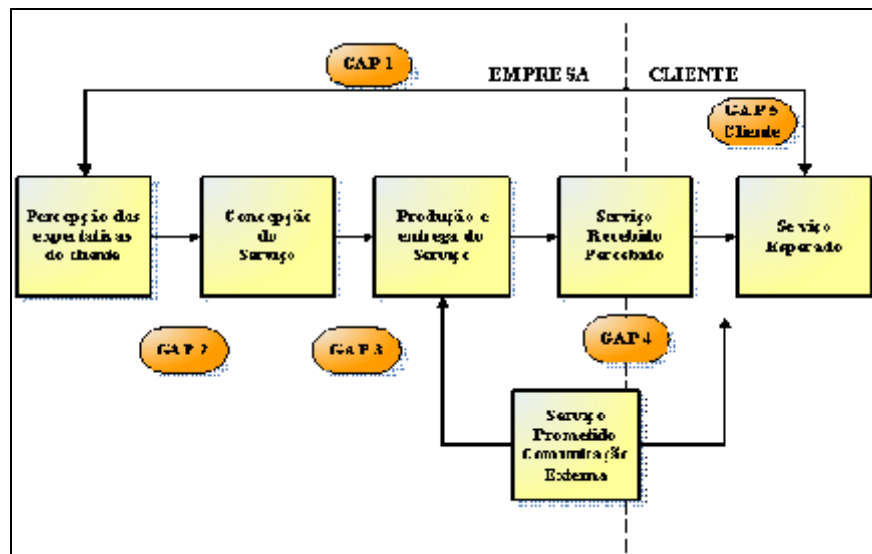


Figura 3 – Gap Model.

Fonte: Saias (2007, p. 407)

O *Gap 5* do modelo como foi referido anteriormente, diz respeito ao cliente, isto é, o que o cliente espera e o que ele percebe ser o serviço recebido. Como refere Saias (2007), no processo de formação das expectativas, existem três ordens de factores que estão na origem de o cliente não ser servido como esperava: o serviço não é o que devia ser, a empresa não sabe ou não consegue conceber, produzir, entregar e comunicar o serviço; as expectativas do cliente são na perspectiva da empresa incompatíveis com os seus objectivos; o processo de percepção do cliente em relação ao serviço, é uma percepção distorcida.

No processo de formação das expectativas, estas são definidas por Saias (2007, p. 412), como tudo aquilo que os clientes acreditam que o serviço será e é em relação a elas que a qualidade apercebida do serviço é avaliada.

O modelo *Gap* analisa e explica a natureza e os determinantes das expectativas do consumidor. As expectativas relativamente ao serviço procuram reflectir: os desejos do cliente (o que ele gostaria que o serviço fosse, são o que se chama de serviço desejado) e os constrangimentos conhecidos do cliente (que baixam as expectativas para o serviço adequado) (figura 4).

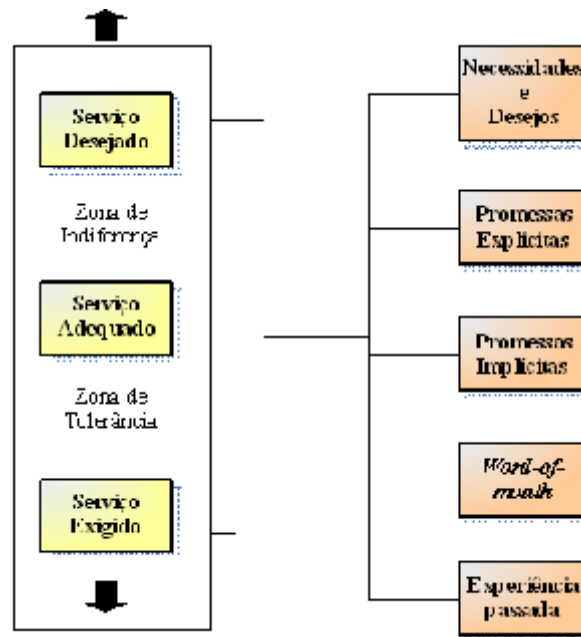


Figura 4 – Serviço esperado – modelo modificado.

Fonte: Saias (2007, p.419)

A zona de tolerância apresentada no modelo original de Zeithmal e Bitner (1996) é, na opinião de Saias (2007), como uma zona de indiferença, isto é, trata-se de um conjunto de níveis de qualidade em que o consumidor não repara (como seja a forma como o serviço é apresentado, produzido ou distribuído). Mas se a qualidade percebida se situar fora da zona de tolerância, se ficar acima o consumidor nota e fica satisfeito, se ficar abaixo também nota e fica insatisfeito. É de salientar que a zona de tolerância e zona de indiferença variam de cliente para cliente. A zona de tolerância é limitada pelo serviço exigido e a qualidade mínima que o cliente aceita.

Saias (2007) introduziu alterações ao modelo inicial de Zeithmal e Bitner (1996) por considerar importante (figura 4) incluir alguns factores que influenciam as expectativas do cliente relativamente ao serviço.

O mesmo autor considera que as necessidades e desejos dos consumidores são factores que influenciam as suas expectativas em relação ao serviço em conjunto com outros que derivam da sua forma de ser, da sua filosofia de vida e da postura perante aquele serviço em particular. Refere ainda outros factores, que define como factores de contexto, que são totalmente exteriores ao controlo, quer do fornecedor, quer do cliente, e que influenciam por vezes de forma significativa as expectativas (ex. clima, sazonalidade, etc.).

Continuando a observar a figura 4, e relativamente a promessas explícitas de qualidade, Saias (2007, p. 423) define-a como:

Todas as mensagens respeitantes aos serviços oferecidos, veiculados pela empresa directamente ou através de outros, nomeadamente os seus canais de distribuição, que são interpretadas como originadas ou sancionadas pela empresa.

O autor considera que perante a definição convém distinguir duas áreas principais: a comunicação do próprio fornecedor do serviço e a de terceiros, isto é, tem que se controlar o conteúdo da mensagem que deve ser entendida pelo alvo da comunicação; a comunicação impessoal, através dos *mass media*, meios escritos, etc. e a comunicação pessoal que é transmitida pessoalmente ao cliente por alguém que contacta com ele.

Em relação às promessas implícitas de qualidade, na opinião de Saias (2007), são interpretadas pelo cliente e podem afectar o seu nível de expectativas, como sejam o preço, as instalações, a marca, ou seja todos os aspectos tangíveis da prestação do serviço.

O *Word-of-mouth* forma uma expectativa muito precisa e exacta quanto à qualidade do serviço. Através do *Word-of-mouth* são descritos aspectos mais quantitativos do serviço e inclui ainda a avaliação da qualidade, isto é são emitidos juízos de valor sobre a qualidade do serviço relativos a dimensões importantes.

No que se refere às experiências passadas, Saias (2007, p. 430) conclui que são elementos essenciais, não só para a formação da expectativa quanto à qualidade do serviço que vai consumir, como para a comparação e conseqüente avaliação do serviço efectivamente recebido.

Ainda relativamente ao *Gap 5* e no que diz respeito ao processo de percepção de qualidade pelo cliente, Saias (2007) menciona factores que podem influenciar a percepção, como: a evidência do serviço, que engloba a evidência física, as pessoas e processos; a imagem da organização que é o fruto do contacto do cliente com a comunicação de todos os tipos, das experiências passadas e dos seus contactos com a organização; o papel do preço que parece mais influenciador das expectativas do que do processo de percepção. Saias (2007) crê que existe uma influência indirecta através da expectativa e refere ainda que a imagem pode influenciar indirectamente o preço sobre o processo de percepção.

O *Gap 1* é o *Gap* da informação, ou seja, é o que os clientes esperam e o que a empresa pensa que eles esperam. Isto significa que a organização e seus empregados têm falta de informação útil, para servir o cliente como ele deseja. Na opinião de Saias (2007) isto pode acontecer porque os gestores não querem obter informação, seja porque não lhe reconhecem valor, seja porque pensam que já sabem o suficiente. Mas também pode acontecer que os gestores reconhecem o valor e a necessidade de melhor informação sobre os clientes, mas não sabem como a obter. Uma terceira situação tem a ver com o facto de os gestores saberem exactamente a informação que necessitam, mas não conseguem obtê-la.

O *Gap 2* é o *Gap* da concepção, isto é, o serviço não é especificado à altura das expectativas do cliente. Este *gap* consiste na diferença entre o que efectivamente se sabe que o cliente espera do serviço e o que se concebe e especifica para esse serviço Saias (2007). O prestador de serviços tem de ter *standards* a cumprir, processos aprendidos a desenvolver, margens de manobra e decisão, para cumprir um objectivo quanto ao serviço. O pessoal de contacto deve ser avaliado em função dos *standards*.

O *Gap 3* é o *Gap* da produção e entrega, isto é, a empresa não consegue produzir o serviço conforme foi concebido, definido e especificado. Este *gap* consiste na diferença entre o serviço que se concebe e decide produzir e o serviço que efectivamente se produz e entrega ao cliente. Existem factores que podem estar na origem deste *gap*, a insuficiência ou inadequação de recursos; a utilização de distribuidores independentes; erros atribuídos aos clientes (o cliente não sabe usar o serviço; o cliente é abusivo; os clientes convergem no tempo criando afunilamento).

O *Gap 4* é o *Gap* da comunicação, isto é, a empresa não produz e entrega o serviço que promete. Este *gap* trata exactamente da promessa do fornecedor, e esta é veiculada através da comunicação da empresa. A promessa afecta as expectativas e estas são o *standard* pela qual a qualidade percebida é avaliada. Assim sendo, a comunicação tem um impacto directo nas expectativas do cliente e indirecto na percepção da qualidade. O *gap* da comunicação, encontra também raízes na incoerência interna da comunicação veiculada por meios diferentes ou diferentes níveis (Saias, 2007, p.454). As principais vertentes deste *gap* são: excesso de promessa veiculadas pela publicidade; excesso de promessas veiculadas pela venda pessoal; discrepância entre as promessas pela publicidade e pela venda pessoal; descoordenação entre o *front_office* e o *back-office*; descoordenação e falta de coerência no sistema de distribuição; deficiente informação de como usar bem o serviço; inexistência ou desadequação da comunicação interna. Para concluir, Saias (2007) reforça a importância dos gestores de marketing distinguirem a actividade criativa da agência e o controlo da mensagem comunicacional.

1.2.2 O Modelo das Dimensões Técnica e Funcional

Uma outra forma de abordar a gestão da qualidade em serviços é segundo Grönroos (2001) *cit in* Saias (2007) a teoria das dimensões técnica e funcional, que na opinião do autor responsável pela sua origem, não é incompatível com o modelo SERVQUAL, isto é, o autor “arruma” as suas cinco dimensões naquilo que designa de por dois grandes “grupos de características” (*features*) dos serviços.

Na opinião de Saias (2007, p. 332) trata-se de um modelo mais pragmático, mais orientado para a tomada de decisões da gestão e mais simples de utilizar num contexto de serviço em curso de produção.

Grönroos (1990) *cit in* Saias (2007) refere que a gestão da qualidade é exercida tendo em conta dois grandes grupos de características (dimensões): dimensão técnica (aquilo que os clientes obtêm) e a dimensão funcional (o modo como o obtêm ou como é fornecido).

Em muitos serviços a componente física que integra o serviço pode ser essencial para a avaliação da qualidade. A dimensão técnica da qualidade é aquilo que satisfaz a necessidade nuclear do cliente, aquilo que levou o cliente a procurar o serviço, é a

dimensão mais tangível e pode ser medida com razoável objectividade, sendo possível extrair um resultado quantitativo. Porém este resultado (Saias, 2007) não esgota nem a necessidade nem a capacidade da empresa para medir a qualidade do serviço, conforme ela é percebida pelo cliente.

A dimensão funcional pode definir-se como o contexto e a forma como o cliente recebe o serviço. A maior ou menor intangibilidade que caracteriza tanto os serviços como a natureza de relacionamento entre consumidor e produtor conferem uma importância decisiva a esta dimensão. Saias (2007) afirma que ao analisar e medir a qualidade percebida nas duas dimensões, verifica-se que os resultados obtidos numa, não são independentes dos resultados obtidos na outra, em particular demonstra-se uma influência grande das avaliações na dimensão funcional sobre as obtidas na dimensão técnica. A percepção pelo consumidor de um certo nível de qualidade na dimensão funcional, não só contribui para a avaliação global da qualidade percebida como influencia por vezes, a própria avaliação da qualidade percebida na dimensão técnica.

Para Grönroos (2003) a qualidade de um produto ou serviço é qualquer coisa que o cliente perceba que ela seja, de facto o importante é a qualidade como ela é percebida pelo cliente. A Figura 5 representa o modelo da dimensão técnica e funcional da qualidade percebida de serviço, na perspectiva do autor.

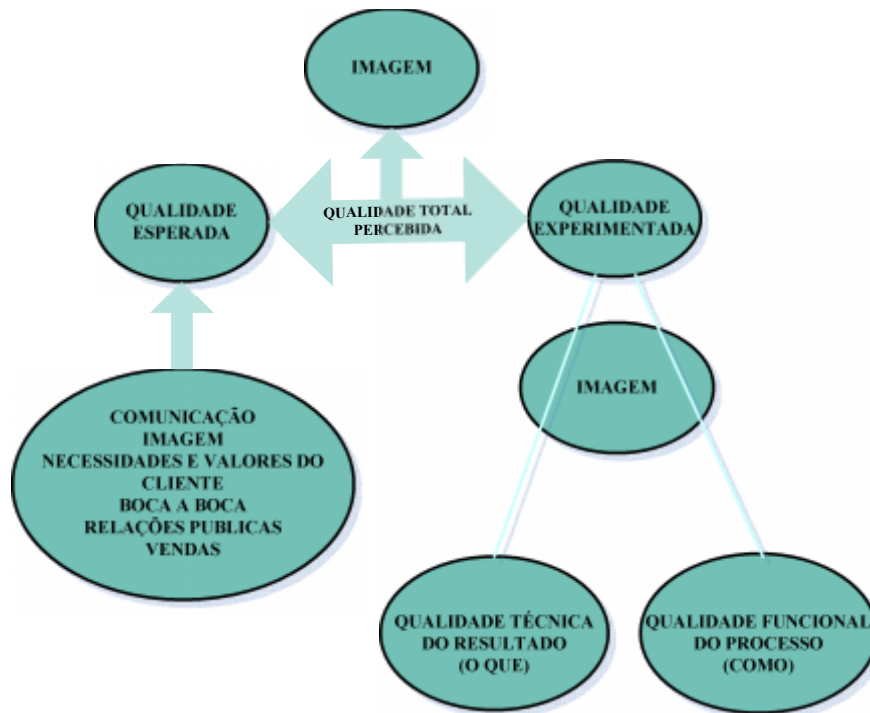


Figura 5: Modelo de Qualidade Percebida de Serviço.

Fonte: Grönroos (2003, p.90)

Na perspectiva de Grönroos (2003) verifica-se que as expectativas do cliente têm um impacto decisivo nas suas percepções da qualidade. Se um fornecedor de serviços fizer promessas exageradas, elevará demasiadamente as expectativas dos clientes e, conseqüentemente, eles perceberão que estão a obter baixa qualidade. Boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, isto é, à qualidade esperada. Se as expectativas não forem realistas, a qualidade total percebida será baixa, mesmo que a qualidade experimentada medida de modo objectivo seja boa.

1.2.3 Qualidade em serviços de saúde

A qualidade na saúde já foi definida de várias formas (Blumenthal, 1996). Os utentes, profissionais de saúde, gestores, políticos, entre outros, têm todas perspectivas diferentes, porém legítimas, sobre o que é um atendimento de qualidade (Brown *et al.*, 1993).

Historicamente, para os profissionais de saúde, a qualidade significa qualidade clínica do atendimento, ou seja, poder atender de forma competente, eficaz e segura e poder contribuir para o bem-estar de um indivíduo (Brown *et al.*, 1993). Por outro lado, os

gestores de programas reconhecem que os serviços de apoio (a logística e manutenção de registos), são também importantes para a qualidade da prestação dos serviços. Para os responsáveis políticos, outros elementos importantes da qualidade incluem o custo, a eficácia e os resultados obtidos para a população como um todo (Newbrander, 1997).

A definição de qualidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) engloba as perspectivas de todos esses grupos, isto é, a qualidade de atendimento consiste em realizar intervenções de forma adequada (ou seja, de acordo com as normas), que tenham sido confirmadas como seguras, pelas quais o público possa pagar e que possam ter impacto substancial sobre a taxa de mortalidade, morbidade, invalidez e desnutrição (Roemer, 1988).

Quando os sistemas de atendimento em saúde, e os profissionais de saúde, colocam o utente/cliente em primeiro lugar, eles estão a oferecer um serviço que não só atende às normas técnicas da qualidade mas também satisfazem a necessidade que os clientes têm de outros aspectos da qualidade, tais como: respeito, informação relevante, acesso e equidade (Bruce, 1990; Donabedian, 1980; Donabedian, 1989. Williams, 1994), referem também outros aspectos a considerar, como sejam: a autonomia dos doentes; o apoio; o controlo; a tomada de decisão e escolha.

A Qualidade dos cuidados de saúde depende de dois factores: de uma boa prática clínica e da forma como estão organizados e são prestados os serviços (Pisco, 2004). A qualidade na prestação de cuidados de saúde primários tem sido definida como melhor qualidade, quanto maior atenção é prestada, às co-morbilidades, físicas e psicológicas durante a consulta; mais promoção da saúde for feita; menos medicação for prescrita e quanto maior for a satisfação expressa pelos utentes.

Na Constituição da República Portuguesa, artigo 64, alínea d), diz que compete ao Estado, disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2008) aposta no desenvolvimento de uma “cultura” de avaliação da qualidade dos serviços, e refere que, será reforçado o sistema de garantia da qualidade dos cuidados de saúde primários, de forma a disponibilizar

informação pertinente aos cidadãos Os modelos de garantia de qualidade a implementar deverão privilegiar o enfoque nos resultados, mais do que no processo e na estrutura.

É visível que o nosso sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores. (Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Irvine e Irvine *cit in* Ferreira, (2000) referem seis aspectos de qualidade dos cuidados de saúde primários que consideraram cruciais: cuidados personalizados, seguros e efectivos; fácil acesso aos serviços; escolha dos profissionais de saúde; a continuidade de cuidados; a boa coordenação com outros serviços e os cuidados domiciliários se forem necessários.

As dimensões da qualidade em serviços de saúde, mais amplamente conhecidas, são as propostas por Maxwell *cit in* Marshall *et al.*, (2003) e Sale (2000), que qualifica a qualidade em termos de acessibilidade², eficácia³, eficiência⁴, aceitabilidade⁵ e equidade⁶. Campbell *et al.*, (2000) sugeriram que a qualidade pode ser vista em termos de acessibilidade e eficácia (quando os utentes recebem os cuidados de saúde serão estes necessários e serão eles efectivos?). Os mesmos autores definem ainda duas componentes para a efectividade: a efectividade dos cuidados clínicos e a efectividade das relações interpessoais.

Mezomo (2001) e Donabedian (1988) referem que quando se fala de serviços de saúde em geral, é possível identificar alguns componentes de qualidade que estão directamente ligados à ciência, à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação. Estes

XXVI _____

² Acessibilidade: Grau de acesso aos cuidados de saúde, face às barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural e emocional.

³ Eficácia: Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde. Medida em que as actividades planeadas foram realizadas e conseguidos os resultados planeados (NP EN ISO 9000:2005).

⁴ Eficiência: É a habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efectividade deles. Relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados (NP EN ISO 9000:2005).

⁵ Aceitabilidade: É a adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos utentes e dos seus responsáveis.

⁶ Equidade: É a conformidade com o princípio de justiça e de honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde entre os membros da população.

atributos não diferem muito dos apresentados anteriormente, são eles: eficácia; efectividade⁷; eficiência; optimização⁸; aceitabilidade, legitimidade⁹ e equidade.

Para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010) continuar-se-á a apostar na acreditação de Hospitais (IQS/KFHQS) e o projecto de avaliação da qualidade organizacional de Centros de Saúde (MoniQuOr) irá evoluir para um sistema de qualificação de Centros de Saúde, que deverá incorporar os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e profissionais.

1.3 Satisfação do cliente em serviços

O termo satisfação tem a sua proveniência etimológica do latim *satisfactio*, que exprime a ideia do acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, querendo significar – saciedade ou ainda o sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera, e/ou deseja do bom êxito de qualquer actividade, significando: alegria; contentamento; ou sentimento de agrado e aprazimento.

O conceito satisfação, é um conceito subjectivo, assumindo diferentes significados em contextos diferentes, é portanto um conceito dinâmico, com forte valor cultural e por isso sujeito a mutações constantes.

Howard e Sheth (1968) *cit in* Alves (2003, p. 117) referem-se à satisfação como “uma continuação das expectativas”. Alves (2003) também refere autores como: Westbrook (1983), Day (1983) e Hunt (1977) que acreditam que a satisfação do consumidor está directamente associada a uma resposta emocional a um estímulo gerado pela apropriação de um bem ou serviço. Também Lamier (1974) *cit in* Alves (2003, p. 118) partilha esta ideia, ao referir-se aos níveis de satisfação, que podem ser “funcional,

XXVII—
⁷ Efectividade: Indica o grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efectivamente obtida.

⁸ Optimização: É o equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e o seu custo.

⁹ Legitimidade: É a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes.

sensorial e psico-sociologica”. De acordo com Alves (2003) a satisfação do cliente tanto pode ser um estado emocional, como uma verificação, cuja finalidade se funde na utilidade obtida do bem ou serviço considerado.

Boulding *et al.*, (1993) *cit. in* Milan e Trez (2005) e Johnson *et al.* (1995) *cit. in* Vilares e Coelho (2005) apresentam dois conceitos para definir satisfação do cliente: ou como sendo uma transacção específica onde é vista como um juízo; ou como um processo cumulativo, onde representa uma avaliação global baseada num conjunto de experiências, ao longo do tempo, de compra e consumo de produtos ou serviços. Para Vilares e Coelho (2005) a satisfação, vista como um processo cumulativo, é um indicador fundamental do desempenho passado, presente e futuro das organizações.

Uma das primeiras tentativas para operacionalizar a satisfação num contexto teórico foi efectuada por Parasuraman *et al.*, (1985), *cit. in* Vilares e Coelho (2005). Para estes autores a chave para manter os clientes satisfeitos é aproximar o desempenho apercebido às suas expectativas.

Na opinião de Olson *et al.*, (1996), *cit. in* Alves (2003) as expectativas podem ser: Intrapessoais, orientadas para o próprio sujeito; Interpessoais, orientadas para outras pessoas, Impessoais, orientadas para a realidade não social. Estes autores assinalam três origens das expectativas: experiência pessoal directa; comunicação com os outros e inferências através de outras expectativas.

Os autores Treacy e Wiersema (1993) propõem uma estratificação dos clientes em três grupos: os clientes que querem preço baixo; os clientes que querem um produto/serviço feito à medida e que por isso apostam na relação; e os clientes que privilegiam a inovação e a novidade, e valorizam o desempenho dos produtos/serviços.



Figura 6: Atributos em que uma organização tem de apostar, para satisfazer clientes que valorizam o serviço.

Fonte: Treacy e Wiersema (1993).

Desta forma, e para os mesmos autores, os clientes que querem um produto/serviço feito à medida, privilegiam acima de tudo: a relação, a proximidade (que gera conhecimento pormenorizado das necessidades do cliente, às vezes antecipando a necessidade, antes mesmo desta ser verbalizada pelo cliente); e a flexibilidade (uma vez que a relação gera conhecimento mais aprofundado sobre o cliente e a sua realidade (figura 6). A prestação do serviço, ou entrega de produto, de acordo com as necessidades implícitas ou explícitas do cliente, permite que a organização reforce a relação e comprove na prática a sua flexibilidade.

1.3.1 Satisfação do utente nos serviços de Saúde

A satisfação dos utentes, é actualmente, considerada como um objectivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos.

O aumento da popularidade deste conceito, está associado à evidência de que a satisfação dos utentes influencia muitos comportamentos de saúde relacionando-se directamente com os resultados dos cuidados de saúde obtidos, mas também se relaciona com o ênfase dado à importância do papel do utente, enquanto consumidor dos cuidados de saúde. Mais especificamente, sabe-se que a satisfação dos utentes está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efectividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde. A satisfação dos utentes é um objectivo fundamental dos serviços de saúde e ocupa um lugar progressivamente mais importante na avaliação da sua qualidade, influenciando ainda muitos comportamentos de doença e de saúde.

A satisfação dos profissionais dos serviços de saúde é considerada um elemento estrutural destes, relacionando-se com a qualidade e resultados dos serviços, que, por sua vez, influenciarão a satisfação dos utentes (Universidade Nova de Lisboa, 2007).

McIntyre e Silva (1999) referem-se ao conceito de satisfação do cliente, como sendo um termo relativo a um leque variado de reacções, face à experiência dos cuidados de saúde. A satisfação do utente é referida como resultado de uma fórmula que traduz a diferença entre as suas expectativas em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos. Gasquet (1999) refere que existe uma grande relação entre as percepções dos utentes quanto aos serviços de qualidade e o seu nível de satisfação.

Na perspectiva de Paúl *et al.*, (1999) o conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objecto ou a um serviço, neste caso face aos serviços de saúde nas suas varias vertentes nomeadamente, aos profissionais de saúde, os cuidados prestados e os respectivos resultados. Os mesmos autores referem ainda, que a satisfação resulta da avaliação feita pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. Assim, a satisfação corresponde a um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio, às necessidades dos indivíduos.

Clearly e McNeil (1988) definem satisfação como a reacção do cliente aos cuidados recebidos, salientando os aspectos subjectivos ligados à experiência. O conceito de satisfação do cliente, em particular em relação aos cuidados de saúde, tem sido difícil de operacionalizar. De facto, pode significar uma atitude do cliente com o sistema de saúde em geral, a reacção face a um estabelecimento de saúde ou a um comportamento do prestador, ou ainda a avaliação pessoal perante uma experiência concreta da prestação de cuidados (Monteiro, 1991).

A satisfação é definida como a resposta do utente à sua experiência pessoal com os serviços de saúde com duas abordagens: uma avaliação cognitiva (noção de conhecimento) e uma resposta emocional (domínio afectivo) às estruturas, processos e resultados do desempenho dos serviços (Pascoe, 1983 *cit. in* COMPAGH, 2003).

1.3.2 Características socio-demográficas como determinantes da satisfação

Fox e Storms (1981) *cit. in* Carr-Hill (1992) fazem referencia que na bibliografia sobre satisfação com os cuidados de saúde, os resultados apresentados sobre as variáveis sócio demográficas (características como, classe social, estado civil, sexo, e idade) são contraditórios, tendo a situação evoluído de tal forma caótica que muitos autores deixaram de valorizar estas variáveis como predictoras da satisfação, partilham também desta opinião Hall e Dornan (1990); Fitzpatrick (1990) e Fox e Tempestades (1981) *cit in* Sitzia e Wood (1997). No estudo realizado por Hall e Dornant (1988) *cit. in* Carr-Hill (1992), a relação das características sócio demográficas com a satisfação, apesar de estatisticamente significativas, foram muito fracas.

Talvez a determinante mais consistente, seja a idade do utente. Em estudos realizados em vários países, sugerem que utentes mais velhos estão mais satisfeitos com os

cuidados de saúde (Houts *et al.*, 1986; Blanchard *et al.*, 1990; Zabr *et al.*, 1991, *cit. in* Sitzia e Wood, 1997), o que sugere que utentes mais velhos podem ser tratados de forma mais gentil, ou estão menos preparados para criticar porque têm expectativas modestas, Salvage *et al.*, (1988) *cit. in* Sitzia e Wood (1997).

Cartwright e Anderson (1981) *cit. in* Sitzia e Wood, (1997), concluíram que utentes mais velhos esperam menos informação do seu médico. Hopton *et al.*, (1993) e Khayat e Salter (1994) *cit. in* Sitzia e Wood (1997) concluíram que utentes mais novos estão menos satisfeitos com as questões relacionadas com a consulta nos cuidados de saúde primários, e também cumprem menos com as prescrições ou conselhos médicos.

O nível de escolaridade, parece ter significado na satisfação, ou seja, nível de satisfação mais alto está associado com nível mais baixo de escolaridade, (Hall e Dornan, 1990 *cit. in* Ferreira, 2000).

Strong (1979) *cit. in* Carr-Hill (1992) refere que os profissionais de saúde comunicam mais com os utentes de classe média.

Na generalidade, o género, parece não ser determinante da satisfação, (Doering, 1983; Delgado *et al.*, 1993; Hopton *et al.*, 1993; Hall e Dornan, 1990, *cit. in* Sitzia e Wood, 1997). No entanto Khayat e Salter (1994), citados pelos mesmos autores, referem que a satisfação global com os cuidados de saúde primários é significativamente maior nos homens do que para as mulheres. Outro estudo revela que as mulheres são mais rígidas com os horários e a privacidade (Williams e Calnan, 1991 *cit. in* Sitzia e Wood, 1997).

A insatisfação pode ser manifestada quando ocorre uma experiência negativa. A gratidão é um fenómeno também que pode confundir o resultado da satisfação (Williams, 1994 *cit. in* Sitzia e Wood, 1997). Nesta perspectiva, uma resposta positiva ao questionário, não deve ser indicativo de que o cuidado foi “bom”, mas sim que nada “mau” aconteceu.

É cada vez mais aceite que a insatisfação é relativa a componentes específicos dos cuidados: tempo de espera, comunicação, privacidade, informação e acessibilidade. Os clientes valorizam benefícios de aumento de eficiência operacional, geralmente tendo como consequência, resultados como tempo mínimo de espera, filas mais curtas e experiências livres de controvérsias (Kotler e Lee, 2008).

1.3.3 Avaliar a satisfação nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses

A Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXX (Lei 48/90 de 24 de Agosto) estabelece a necessidade de avaliação permanente dos cuidados de saúde, baseada num sistema completo e integrado, nomeadamente sobre satisfação do utente e satisfação profissional.

Apesar deste imperativo legal e da importância atribuída a estes constructos, em Portugal não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos, e os estudos de satisfação que foram realizados em Portugal, são demasiado heterogéneos, diferindo grandemente tanto em termos das metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise.

Por outro lado, não está integrada na cultura das organizações de saúde a importância da avaliação de variáveis fundamentais da satisfação dos utentes e também dos profissionais.

Em Portugal foram realizados alguns estudos nos cuidados de saúde primários com abordagens metodológicas diferentes, que embora não tivessem como objectivo fundamental avaliar a satisfação dos utentes dos centros de saúde, obtiveram resultados ao nível da avaliação satisfação global dos utentes, que nos parece importante fazer referência.

1.3.3.1 “A satisfação dos utentes e atitudes face aos médicos e à medicina”

No estudo piloto, realizado por Pereira *et al.*, (2001), intitulado “a satisfação dos utentes e atitudes face aos médicos e à medicina”, realizado na Sub-região de Saúde de Braga, em 2001, com uma amostra de 137 utentes, os resultados revelam que as atitudes face aos médicos e à medicina se relacionam sobretudo com a qualidade técnica percebida e a qualidade das relações estabelecidas, a comunicação, a avaliação global dos serviços e a acessibilidade aos mesmos. Os resultados relativos às variáveis sócio demográficas e de utilização dos serviços na satisfação e atitudes dos utentes, indicam que o género e a frequência de utilização dos serviços são os preditores mais importantes. Em contraste, o ter ou não médico de família, foi uma variável pouco relevante nesta amostra, na determinação da satisfação do utente. Neste estudo também se verifica que as mulheres estão menos satisfeitas que os homens e são as que mais procuram os serviços de saúde.

Os utentes que utilizam menos os serviços, apresentam avaliações mais satisfatórias. Este estudo para além da competência técnica e acessibilidade, evidencia a importância da formação dos profissionais de saúde no domínio da comunicação e gestão das relações interpessoais que permita a aplicação do modelo biopsicossocial, no sentido de melhorar a satisfação dos utentes com os serviços.

1.3.3.2 “Saúde e Doença em Portugal”

Na investigação realizada por Vilaverde *et al.*, (2002), relativamente à avaliação da satisfação dos utentes com os centros de saúde, obtiveram uma avaliação da satisfação global positiva, mais especificamente, no que diz respeito às condições das instalações, horário de funcionamento e atendimento de enfermagem, são variáveis que recebem por parte dos utentes uma avaliação entre 62% e 67% das respostas nas categorias de “Bom” e “Muito Bom”. Já em relação ao tempo de espera de consulta e tempo de espera para ser atendido, verifica-se uma percentagem significativa de 31,1% e 34,2% respectivamente na categoria de “Mau” e “muito Mau”. No que diz respeito à avaliação da relação com o Médico de Família, verifica-se neste estudo uma avaliação positiva. Ainda segundo o mesmo estudo, dos 54% de inquiridos que utilizaram o centro de saúde no último ano pelo menos uma vez, 49,3% consideraram a avaliação global dos cuidados prestados no centro de saúde como “Boa” ou “Muito Boa” e 12,7% consideraram-nos “Mau” e “Muito Mau”.

Estes resultados são corroborados por Fitzpatrick (1997) *cit. in* Vilaverde *et al.*, (2002) que refere, que a avaliação da satisfação dos utentes, em diferentes países é muito positiva, inquéritos realizados no Canada, nos EUA, em Inglaterra e na Finlândia, mostraram que apenas 5% dos inquiridos afirmam estar insatisfeitos. Também, segundo o mesmo autor, a “espera” é a variável mais sensível, e concluiu que são sobretudo os indivíduos com nível de instrução mais alto, indivíduos jovens e os que se encontram em pior estado de saúde que apresentam níveis mais baixos de satisfação. A maioria das queixas incide sobre o tempo de espera para conseguir uma consulta; a informação prestada pelos profissionais de saúde; respeito pela pessoa humana e respeito pela privacidade.

1.3.3.3 Projecto MoniQuOr (Monitorização da Qualidade Organizacional)

O MoniQuOr, projecto de monitorização e avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde, teve como referência os critérios do modelo de autoavaliação da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e foi realizado com o apoio financeiro da Saúde XXI, que decorreu entre 1998 e 2004 e contou com a participação (voluntária) de 186 centros de saúde (55% do total nacional).

Enquadrado numa estratégia global de melhoria contínua da organização e da prestação de serviços aos utentes, o MoniQuOr é, em linhas gerais, um processo estruturado de identificação, análise e solução de problemas, que permite uma revisão contínua e sistemática dos processos que integram o universo da prestação de cuidados de saúde. A avaliação do projecto foi realizada por uma Comissão de Avaliação que integrou, no mínimo, três elementos de diferentes grupos profissionais. Desde 1998, foram realizados quatro momentos de avaliação: em 1998 aderiram 290 Centros de Saúde (82% do universo); na segunda avaliação realizada em 2000 aderiram 102 CS; na avaliação cruzada em 1999, 109 CS e na edição de 2004 participaram 186 centros de saúde, de um total de 338 (55%).

No que concerne à satisfação dos utentes, este projecto tinha como objectivo medir o grau de satisfação dos mesmos em relação a cinco dimensões na prestação de cuidados: a relação médico utente; a componente técnica dos cuidados; a informação disponibilizada aos utentes; a percepção de cooperação e articulação entre os vários profissionais e a organização dos serviços.

Como resultados deste projecto e relativamente à satisfação dos utentes com o seu Centro de Saúde, em 194 centros de saúde (n = 4714), 56% estão satisfeitos com a competência e cortesia dos Médicos; 54% estão satisfeitos com a limpeza do CS; 52% estão satisfeitos com a competência e cortesia dos Enfermeiros; 45% estão satisfeitos com o horário e atendimento do Médico de família; 44% com a competência e cortesia dos Administrativos; 43% com a pontualidade dos profissionais; 41% estão satisfeitos com a preocupação do pessoal do CS com a sua saúde; 40% está satisfeito com o conforto geral do CS e 38% está satisfeito com os serviços ao domicílio fornecidos pelo CS.

De acordo com Pisco e perante a análise global dos resultados, é proposta pelo grupo de avaliação do MoniQuOr em 2005, intervenção nas áreas seguintes: Acessibilidade, explicitando tempo máximo de espera após a hora marcada e monitorização do tempo de espera em local de consulta; continuidade e integração de cuidados com incentivo a visita a doentes internados em serviço hospitalar; registos clínicos com avaliação e monitorização da qualidade dos registos; avaliação e monitorização da qualidade; avaliação da satisfação dos utente com relatórios das conclusões e acções a serem tomadas; avaliação da satisfação dos profissionais com monitorização da satisfação dos profissionais e relatórios das conclusões e acções a serem tomadas e incentivos à investigação.

1.3.3.4 “A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde”

No estudo realizado em 2003-2004 em parceria com o IQS e Saúde XXI, surgiu o documento “A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde”, que se destinou a classificar a qualidade dos centros de saúde, com base na avaliação da qualidade expressa em termos da satisfação que os utilizadores têm face aos cuidados prestados.

Os autores Ferreira, Raposo e Godinho (2005) definiram como indicadores de qualidade para avaliação da satisfação global: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação e organização dos serviços.

Neste estudo, encontramos um grau de satisfação global de 70%, sendo as regiões do Algarve (74%) e do Centro (72%) as que apresentaram valores mais elevados. O estudo evidencia uma vez mais a boa aceitação dos utentes dos centros de saúde em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, em especial pelo médico de família. Os utentes confiam nos serviços, têm com eles uma boa relação e estão satisfeitos. Já relativamente à organização e gestão dos centros de saúde e às redes de referenciação do SNS, os utentes revelam um nível de satisfação bastante mais reduzido.

1.3.3.5 Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João no Porto - Satisfação dos Utentes.

Os autores Hespanhol *et al.*, (2005) realizaram um estudo que teve como objectivos: conhecer a satisfação global dos utentes do Centro de Saúde São João no Porto e a sua satisfação com os diferentes aspectos do Centro de Saúde.

Neste estudo os autores concluíram que os utentes mais idosos tendem a avaliar de uma forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais novos, como a nível da frequência das visitas, ou seja os doentes que utilizam mais frequentemente os cuidados primários tendem a ter avaliações mais positivas do que os que frequentam menos, os utentes com maior nível educacional tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os doentes com menor nível educacional. A satisfação dos utentes com o Centro de Saúde e com os seus diferentes aspectos apresentam valores elevados, contudo existem alguns utentes que se encontram muito insatisfeitos com três aspectos relacionados com a acessibilidade: a deslocação até ao Centro de Saúde, a marcação e a espera pela consulta, mais concretamente 19% e 11% dos utentes encontram-se muito insatisfeitos, respectivamente, com o tempo que demoram até conseguir uma consulta e com o tempo que esperam no Centro de Saúde, desde a altura que chegam, até serem atendidos.

1.3.3.6 Projecto “Os Centros de Saúde em Portugal – a procura e oferta de serviços”

No projecto “Os Centros de Saúde em Portugal – a procura e oferta de serviços” que decorreu entre 2003 e 2005, Biscaia *et al.*, (2006) analisaram 355 Centros de Saúde e concluíram que não existe um verdadeiro sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde, nem se conseguem identificar verdadeiros representantes da população na área da saúde. Referem que, estudos de avaliação da satisfação dos utentes evidenciam uma avaliação global positiva, embora menor do que noutros países. A saúde é considerada uma área prioritária e a avaliação feita da prestação de cuidados médicos e de enfermagem é globalmente positiva, havendo menor satisfação com os aspectos de organização e o funcionamento administrativo.

Os mesmos autores concluíram que são aspectos prioritários para os utentes: aumentar o número de médicos de família; melhorar o modo e simpatia no atendimento;

aumentar/melhorar as instalações e serviços; aumentar o número de efectivos no pessoal auxiliar; melhorar a organização e a informação e alargar horários de funcionamento.

No que se refere especificamente à satisfação com os serviços para atendimento de situações agudas, a satisfação geral foi negativa. Em termos internacionais Biscals *et al.* (2006) referem que a instituição de linhas telefónicas de aconselhamento e triagem tendem a reduzir a carga de trabalho imediata, mas parecem provocar uma menor satisfação por serem percebidas como um obstáculo à obtenção de cuidados.

1.3.3.7 Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual e prioridades de reforma

Santos *et al* (2007), no estudo sobre os Centros de Saúde em Portugal, refere que a participação activa de utentes e profissionais dos centros de saúde (CS) é da maior importância no estabelecimento dos parâmetros, para a definição das prioridades de melhoria dos cuidados de saúde.

Neste estudo, realizado de meados de Janeiro a meados de Março de 2007 com uma amostra de 103 Centros de Saúde participantes, ao analisar os dados obtidos, Santos (2007) define três grandes vectores de satisfação dos utentes:

- (1) O Factor humano - a satisfação dos utentes com o CS depende da qualidade das relações com os profissionais de saúde, tendo o médico de família um “peso” relativo superior ao dos restantes profissionais;
- (2) A Flexibilidade dos serviços prestados pelos CS - a maior capacidade de articulação com outras instituições da comunidade facilita e aumenta a oferta de serviços de saúde (especialmente na área dos cuidados no domicílio) permitindo uma resposta mais rápida e adequada às necessidades específicas de cada utente, que está cada vez mais exigente e desejoso de participar na escolha de cuidados de saúde, e maior facilidade de acesso aos cuidados.
- (3) A Relação de proximidade CS/comunidade - este aspecto é intrínseco aos dois anteriores. As necessidades e a satisfação com os serviços prestados pelo CS estão relacionados com a acessibilidade e estreita ligação do CS à comunidade. Esta proximidade tem como epicentro organizacional e funcional, a relação entre profissionais de saúde e utentes.

Neste estudo, verifica-se insatisfação com os tempos de espera para marcação de consulta e tempo de espera para atendimento no dia da consulta. A este propósito dois aspectos merecem particular destaque por serem muito repetidos no referido estudo: a dificuldade na marcação por telefone e o incumprimento dos horários de trabalho por parte de alguns médicos de família. Também importa referir que neste estudo o autor concluiu, que os utentes não aderem a sistemas de reclamação por escrito. Os participantes deram também especial relevo à necessidade do CS ter uma atitude pró-activa na criação de parcerias com outras estruturas comunitárias, na gestão da saúde da comunidade e de cada utente.

A acessibilidade aos serviços e em particular às consultas de ambulatório, para todos os extractos da população, é um aspecto essencial dado tratar-se de uma área de insatisfação dos utentes e pelo seu efeito na utilização dos serviços e na eficiência dos mesmos.

1.3.3.8 Estudo do acesso aos Cuidados de Saúde Primários pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

A ERS realizou o estudo de acesso aos Cuidados de Saúde Primários em 2008, com o objectivo de avaliar o grau de acesso e as eventuais desigualdades existentes no acesso aos cuidados de saúde primários, nas suas diferentes componentes: no que diz respeito à adequação da oferta de médicos de família às necessidades das populações; às dificuldades sentidas pelos utentes, resultantes do processo administrativo; à adequação das condições de acolhimento dos utentes e horário de funcionamento dos serviços.

Neste estudo conclui-se que, relativamente à proximidade, os cuidados de saúde primários encontram-se próximos dos utentes, já que a população residente fora de área do CS (a mais de 30 minutos) não chega a representar 0,03% da população de Portugal continental. Também se averiguou a opinião dos utentes relativamente ao horário de funcionamento do CS, do tempo de espera pela consulta, quer desde a data de marcação até ao dia da consulta, quer desde a chegada ao CS no dia da consulta até ao início da consulta e aos procedimentos de marcação de consulta. As avaliações foram predominantemente positivas com 84% de opiniões de “Bom” e “Razoável”, no que diz respeito ao horário do CS. Relativamente ao tempo de espera no dia da consulta, 68% dos utentes expressaram opiniões positivas. A espera desde a marcação até ao dia da

consulta, não excedeu uma semana para 54% dos utentes, no entanto estes mesmos utentes classificaram o CS negativamente em comparação com outros serviços (privados). A marcação da consulta pelo telefone é ainda uma realidade com pouca expressão, apenas 14% dos utentes o fizeram telefonicamente. Sobre o conforto da sala de espera, as opiniões dos utentes são claramente positivas, com 88% a atribuírem uma classificação de “Bom” e “Razoável”. A questão relativa à higiene, foi a que registou melhor avaliação com 94%.

Em conclusão a ERS considera que os utentes estão globalmente satisfeitos com o acesso ao CS do SNS, embora se tenham detectado alguns aspectos menos positivos, também concluíram que é no Norte onde existe menor facilidade de acesso aos cuidados de saúde primários.

1.4 Medir a qualidade e satisfação em serviços

A avaliação da qualidade em serviços, reflecte a percepção do cliente sobre dimensões específicas dos serviços: confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e tangibilidade. A satisfação por outro lado, é mais inclusiva: ela é influenciada pelas percepções acerca da qualidade dos serviços, e pelas percepções a respeito de factores situacionais e pessoais (Zeithmal e Bitner, 2003).

Embora a medição da qualidade dos serviços e da satisfação do cliente, sejam o resultado da comparação entre as percepções e as expectativas, para Bateson e Hoffman (2003) existem pequenas diferenças entre os dois termos, nas suas definições operacionais. A satisfação observa as percepções do cliente de acordo com o que ele geralmente esperaria, enquanto a qualidade observa as percepções do que o cliente deveria esperar de uma organização que presta serviços de qualidade.

De acordo com Lovelock e Wright (2003) os clientes comparam o que esperam obter, com o que de facto recebem durante a prestação de serviço e decidem o quanto estão satisfeitos com o que receberam, fazendo um julgamento sobre a qualidade do serviço. Os desempenhos de serviço que surpreendem e encantam os clientes por atingirem níveis superiores do serviço desejado serão considerados como de qualidade superior.

Por outro lado, se a entrega do serviço ficar dentro da zona e tolerância, consideram-no adequado. Mas se a qualidade real ficar abaixo do nível de serviço adequado, ocorre discrepância ou lacuna de qualidade, entre o desempenho do fornecedor de serviço e as expectativas do cliente resultando em insatisfação. (Figura 7)

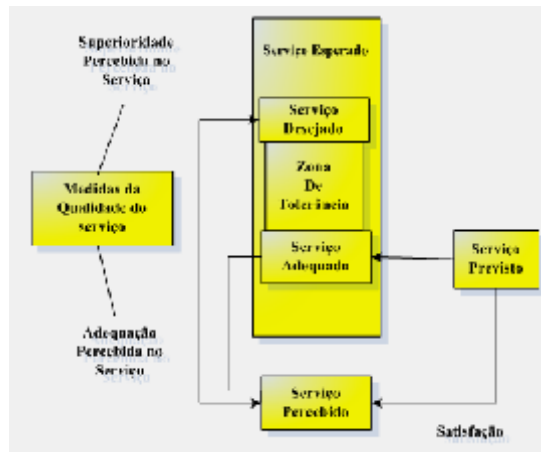


Figura 7: A relação entre Expectativas/Satisfação do cliente/Qualidade Percebida.

Fonte: Lovelock e Wright (2003, p. 107).

Uma das formas de medir a satisfação é perguntar directamente ao cliente (Saias, 2007) através de inquéritos que não devem ser muito complexos em que o cliente é convidado a classificar numa escala, duas ou três dimensões da satisfação relativa ao serviço prestado. Estes inquéritos devem ser efectuados com assiduidade.

Swan e Trawick (1982) *cit. in* Alves (2003) apresentam as bases para avaliação da satisfação: as expectativas; experiência anterior; experiência de outras pessoas; experiência do serviço; normas sociais; causas de utilização e a melhor alternativa.

A medida da satisfação dos utentes permite conhecer a sua opinião sobre os diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logístico (Ware *et al.*, 1983; Cleary e McNeil, 1988; Fitzpatrick, 1991). Para Ware *et al.* (1983) a taxa de satisfação permite fazer uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser compreendida por observação directa dos cuidados. É também um reflexo das necessidades e expectativas pessoais do utente e a realidade dos cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997).

Os indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas, na prática para se avaliar o impacto global do nível de

satisfação do cliente (Anderson, 1998 *cit. in* Milan e Trez, 2005). Clientes satisfeitos são fiéis e falam bem da empresa e tomam a iniciativa de recomendar através do *Word of mouth* tornando-se um poderoso instrumento de comunicação, eficaz e credível (Saias, 2007). A satisfação do cliente é a condição necessária para conseguir a sua lealdade.

Os clientes, quando se sentem insatisfeitos, têm a possibilidade de se manifestar, apresentando as suas reclamações. Desta forma a gestão das reclamações, deve ser vista como uma ferramenta eficaz tanto para a retenção como para a lealdade de clientes. Esta iniciativa pode ser útil, uma vez que acções correctivas ou mudanças em processos voltados para o aumento do nível de satisfação dos clientes deveriam diminuir a incidência de queixas e, conseqüentemente, o aumento no nível de satisfação, possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (Reichheld e Sasser Jr., 1990, *cit. in* Milan e Trez, 2005).

O valor do dinheiro para o cliente também pode condicionar os níveis de satisfação, Saias (2007, p. 197) refere-se ao valor como:

Value for money ou “qualidade pelo preço” é a origem da satisfação do cliente “valeu o preço que custou” é uma frase bem portuguesa que expressa um estado de satisfação.

O valor será então a razão entre a qualidade percebida e o preço percebido, como refere Saias (2007) e tendo em conta o *Gaps Model* de Zeithaml e Bitner, na qualidade percebida, os problemas abrangem dois dos *gaps*: o *gap 4* na dissonância entre o que o cliente percebe e o que o fornecedor julga fornecer; o *gap 5* na dissonância entre o que o cliente esperava e o que percebe receber. Saias (2007) refere ainda que eventualmente pode abranger ainda o *gap 1*, que consiste no insuficiente conhecimento do cliente por parte do fornecedor, isto resulta do deficiente estudo de mercado.

1.4.1 O papel do Gabinete do Cidadão nos serviços de saúde

O Gabinete do Cidadão é uma estrutura funcional existente em todas as Instituições de Saúde e tem como objectivo prioritário a satisfação dos utentes, bem como a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

É um serviço destinado a receber Sugestões, Reclamações e Elogios/Agradecimentos dos utentes dos serviços de saúde e prestar-lhes informações sobre os seus direitos e deveres. Corresponde a uma aplicação de normas constitucionais que conferem a todo o cidadão o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos e de apresentar, perante órgãos de soberania ou quaisquer outras autoridades, reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos.

O SIM-CIDADÃO é um sistema em rede que se destina a fazer a recolha, tratamento e monitorização das exposições dos utentes do SNS, de modo a facultar a obtenção de indicadores de gestão relacionados com o grau de satisfação dos cidadãos e consequentemente com o funcionamento dos serviços. Pretende dar voz ao utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tornar o sistema de reclamações mais eficiente.

As exposições são sempre tratadas informaticamente, através do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR) – “SIM - Cidadão”. Independentemente da fase de tramitação em que se encontrem as exposições, qualquer que seja a via de entrada, cabe aos dirigentes de cada Serviço visado dar resposta, acompanhada da devida justificação, bem como de informação sobre medidas tomadas ou a tomar, se for caso disso.

No relatório do gabinete do utente de 2007, realizado pela Inspeção – Geral das actividades em Saúde, e relativamente às reclamações referentes aos anos de 2005 a 2007, podemos observar que no total das SRS da ARS do Norte, no que se refere à evolução das reclamações, verifica-se em 2006 um aumento do número das reclamações de 7,52% relativamente a 2005, e em 2007 verifica-se uma diminuição no número de reclamações de 12,44% relativamente a 2006, como mostra o Gráfico 1.

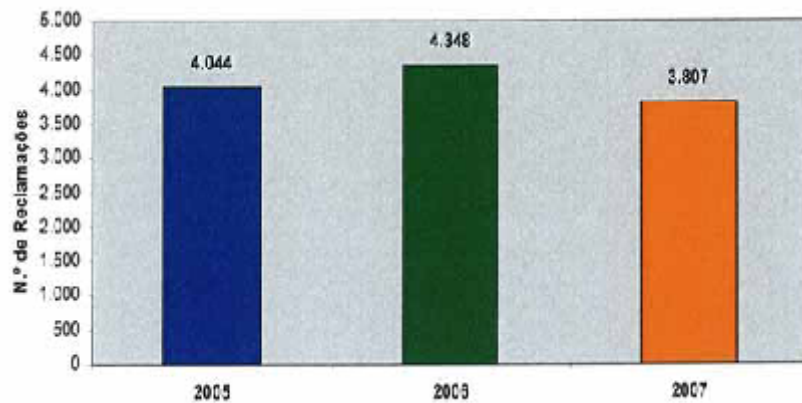


Gráfico 1: Reclamações das Sub Regiões de Saúde (SRS) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

Neste relatório também foi efectuada uma análise comparativa entre as reclamações registadas no SGSR e as não registadas. Os dados que se apresentam permitem observar que nem sempre o número de reclamações indicado pelas instituições como estando registadas no sistema, coincide com o número de reclamações que na realidade foi registado. O Gráfico 2 apresenta esta análise nos Centros de Saúde e SRS como estando registadas no sistema, com o número de reclamações observado no Sistema SIM – Cidadão, aquando da sua consulta, no início do mês de Março de 2008.

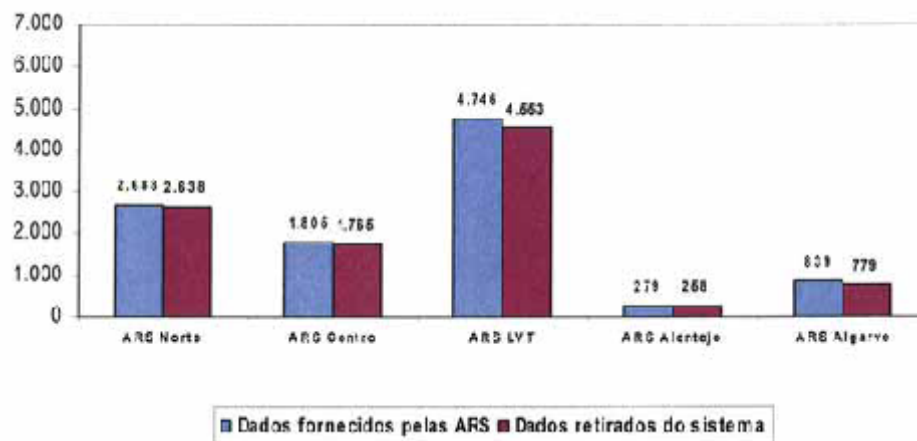


Gráfico 2: N.º de reclamações indicado/N.º de reclamações registados no sistema

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

1.4.2 ECSI - *European Customer Satisfaction Index*

De acordo com Vilares e Coelho (2005) o primeiro índice que relaciona a satisfação do cliente com a qualidade dos bens e serviços foi calculado em 1989 na Suécia, sendo conhecido como o SCSi- *Swedish Customer Satisfaction Index*, cujo principal responsável e dinamizador foi Fornell.

Em 1991, a *American Society for Quality* (ASQ) confiou à empresa de consultores *National Economic Research Associates* (NERA) a tarefa de analisar e recomendar a melhor metodologia para desenvolver o índice americano de qualidade que se tornaria um indicador económico avançado (Vilares e Coelho, 2005). A NERA depois de trabalho exaustivo, recomendou a metodologia adoptada no SCSi para calcular índices, quer no caso das empresas, quer no caso dos serviços públicos, desta forma, em 1994, nasceu o *American Customer Satisfaction Index* (ACSI). Este projecto tem três grandes objectivos: de Medida, de Contribuição e de Previsão. Os indicadores adoptados no modelo ACSI são indicadores mais globais que no modelo ECSI e próximos dos indicadores das expectativas.

Em 1996, a Comissão Europeia, a pedido da EOQ (*European Organization for Quality*) encomendou ao MFQ (*Movement Français pour la Qualité*) um estudo de viabilidade em desenvolver um índice nacional e um índice europeu de satisfação do cliente, tomando como base a experiência já conseguida em diferentes países.

Este estudo, MFQ (1996), defende entusiasticamente o cálculo de um índice europeu de satisfação do cliente e recomenda a adopção da metodologia Sueca/Americana como ponto de partida do ECSI. Em 1998, a EOQ, a EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e a CSI *University Network*, com o apoio da Comissão Europeia, definiram as bases para lançamento dum projecto piloto do índice europeu de satisfação do cliente, designado por ECSI (*European Customer Satisfaction Index*) a que aderiram 12 países europeus: Portugal, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Islândia, Itália, Reino Unido, Suécia e Suíça.

O *European Customer Satisfaction Index* (ECSI) Portugal é um sistema de medida, pela via da satisfação do cliente, da qualidade dos bens e serviços disponíveis no mercado nacional. O modelo ECSI Portugal é constituído por uma parceria entre o Instituto Português da Qualidade (IPQ), a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) e o

Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL).

O modelo estrutural do ECSI é constituído pelo conjunto de equações que definem as relações entre as sete variáveis latentes do modelo (figura 8). Conforme descreve Vilares e Coelho (2005), à esquerda, estão representados os determinantes ou antecedentes da satisfação: a imagem da empresa; as expectativas dos clientes sobre a empresa; a qualidade apercebida sobre os produtos e serviços da empresa e o valor apercebido ou relação qualidade/preço dos mesmos. À direita da variável satisfação, estão os seus dois consequentes: o tratamento das reclamações e a lealdade do cliente.

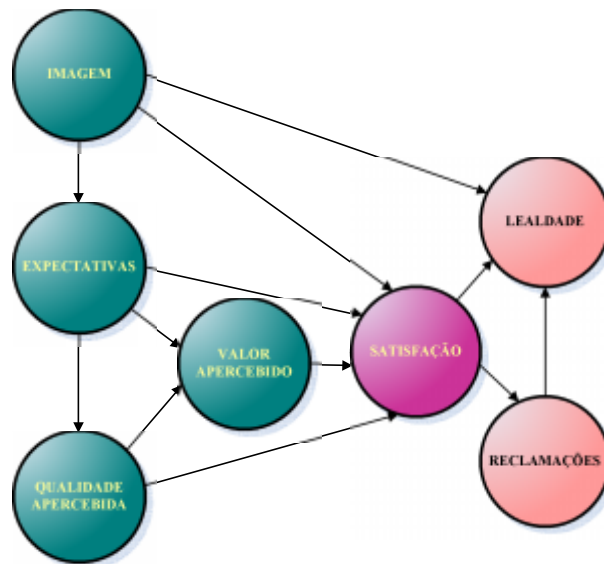


Figura 8 – Modelo estrutural ECSI variáveis latentes.

Fonte: Vilares e Coelho (2005, p.329).

De acordo com Vilares e Coelho (2005) a imagem é a principal diferença entre este modelo e o modelo ACSI e pretende integrar todo o tipo de associações que os clientes fazem. Supõe-se um efeito directo positivo da imagem na satisfação e na lealdade do cliente e um efeito indirecto via expectativas geradas.

As expectativas incluem, não só a informação que os clientes têm do passado sobre os produtos e/ou serviços oferecidos, que é baseada na própria experiência, em informações de terceiros ou ainda em campanhas publicitárias e de promoção, mas também é a antecipação que os clientes fazem sobre a capacidade da empresa oferecer

no futuro produtos e serviços com qualidade. Supõe-se que as expectativas têm um impacto directo sobre a satisfação do cliente e um impacto indirecto via qualidade e valor apercebido (relação qualidade / preço).

A qualidade apercebida traduz o julgamento do cliente sobre a superioridade ou excelência dos bens e/ou serviços disponibilizados pela empresa. Integra para além de um julgamento global, a avaliação sobre um conjunto de dimensões que incluem a disponibilidade e a fiabilidade. Supõe-se que quanto maior for a qualidade apercebida, maior será a satisfação do cliente.

O valor apercebido, representa a avaliação feita pelo cliente da qualidade dos produtos e serviços da empresa considerando o preço pago por esse produto e/ou serviço. Existe uma relação qualidade/preço, pelo que a inclusão desta variável incorpora informação sobre os preços. Supõe-se que o valor apercebido (relação qualidade/preço) tem um impacto directo sobre satisfação do cliente.

O ECSI considera mais dois indicadores ou consequentes da satisfação: a lealdade e as reclamações. A lealdade é um indicador importante relacionado com a rentabilidade da empresa, pelo que o aumento do índice de lealdade constitui o objectivo central de toda a estratégia visando a satisfação do cliente. A relação entre as variáveis consequentes não é obrigatoriamente positiva. Para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelas reclamações.

O outro consequente da satisfação é o tratamento de reclamações. Os clientes insatisfeitos têm tendência a apresentar mais reclamações que os clientes satisfeitos. O tratamento das reclamações pode ser um elemento essencial para a fidelização do cliente. Quando as reclamações são respondidas para além das expectativas, o cliente que reclama pode atingir níveis de fidelização mais elevados do que aquele que nunca apresentou um problema ou reclamação.

As variáveis latentes do modelo ECSI têm associadas um conjunto de variáveis de medida, que se podem ver em mais pormenor no Anexo IV.

1.4.3 Escala SERVQUAL

A realização de inquéritos rigorosos e o desenvolvimento de uma teoria da qualidade geral dos serviços são atribuídas a Parasuraman *et al.*, (1985) *cit. in* Vilares e Coelho (2005) como já foi referido anteriormente. Os seus trabalhos acerca da satisfação de clientes, qualidade de serviço e expectativas dos clientes, representam ainda hoje, o instrumento, para avaliação da dimensão percepção e dimensão expectativas. Para os autores, os clientes, não percebem a qualidade como um conceito de uma única dimensão, a avaliação que eles fazem da qualidade, inclui a percepção que eles têm de múltiplos factores.

Os estudos de Parasuraman, Zeithaml e Berry tiveram início em 1983 e surgiram da necessidade de aprofundar teoricamente o conceito de qualidade de serviços e obter um modelo de análise e ferramentas adequadas à sua medição. Em 1985 publicaram um modelo constituído por dez dimensões SERVQUAL: Tangibilidade que diz respeito, à envolvente física da prestação de serviços, incluindo as instalações, equipamentos e pessoal; Fiabilidade que diz respeito à capacidade da organização fornecer com precisão um serviço em que se pode confiar; Atendimento/Capacidade de resposta, que diz respeito à vontade de apoiar os clientes e de lhes fornecer resposta rápida; Competência que se refere à posse do conhecimento e das capacidades requeridas; Cortesia que diz respeito, à cortesia, respeito e simpatia do pessoal; Credibilidade, que se refere à confiança e honestidade do prestador do serviço; Segurança que diz respeito ao estar livre de perigo, risco ou duvida; Acessibilidade que diz respeito à proximidade e facilidade de contacto; Capacidade de comunicação que se refere a manter os clientes informados numa linguagem entendível e ouvir as suas reclamações e sugestões; Conhecimento do cliente que é o investimento no conhecimento dos clientes e nas suas necessidades particulares. Este modelo defende que o nível de qualidade percebida resulta da diferença entre a qualidade esperada e a qualidade obtida (Saias, 2007).

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry, após sucessivos testes reduziram a escala de dez para cinco dimensões e, em 1991 fizeram o que chamaram de refinamento da escala SERVQUAL do qual resultou as cinco dimensões preconizadas com alguns ajustamentos, contendo 22 itens. Este modelo é desconfirmatório porque postula a medição de duas grandezas, a qualidade esperada e a qualidade obtida, usando a mesma escala, calculando-se depois a diferença entre os dois resultados e quanto menor for essa

diferença, melhor será a qualidade percebida. Esta versão tem sido aplicada e testada por vários autores na medição da qualidade de serviços (Saias, 2007 e Vilares e Coelho, 2005) (Anexo V).

1.4.4 Medir a qualidade e satisfação em serviços de saúde

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo, o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. A avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça mas sim como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (Pisco, 2006).

Para Donabedian (1988, *cit. in* Halal *et al.*, 1994) a avaliação da qualidade dos serviços de saúde comporta sempre duas dimensões: o desempenho técnico (como sendo, a aplicação do conhecimento e da tecnologia, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos) e o desempenho relacional com o utente.

Donabedian (1988) refere, que a avaliação da qualidade dos cuidados na saúde, pode ser realizada em três componentes: estrutura, processo e resultado. Este modelo foi usado como sendo a base para definir qualidade em saúde (Steffen; Baker; Tarlow; Irvine, *cit. in* Campbell *et al.*, 2000; Westway *et al.*, (2003).

A estrutura refere-se às características dos recursos utilizados pelo serviço (pessoal, equipamentos, finanças); o processo, aos procedimentos utilizados na gestão dos problemas apresentados pelo utente (consultoria, referenciação, prescrição), e de resultado, que se refere ao estado de saúde do utente ou da comunidade, como resultado da interacção com o serviço de saúde (estado de saúde, avaliação do utente). Na opinião de Donabedian (1988) é sobretudo na componente resultado que mais se tem direccionado a avaliação da satisfação do utente.

Segundo Harrington (1993), corroborado por Rolstadas (1995), os processos são controlados em função de sua eficácia, eficiência e adaptabilidade. A eficácia avalia como as saídas de cada processo satisfazem as necessidades dos clientes; necessidades essas, directamente relacionadas com as dimensões do produto ou serviço que agregam valor (aparência, pontualidade, exactidão, confiabilidade, custo, utilidade,

receptividade, adaptabilidade). A eficiência sinaliza como a utilização de recursos é minimizada, incluindo a eliminação de desperdício. Já a adaptabilidade refere-se à capacidade do processo em suprir as expectativas dos clientes.

Para uma avaliação mais abrangente da qualidade Marshall *et al.*, (2003) consideram que é necessário analisar: a qualidade das relações inter-pessoais; a relação entre os cuidados de saúde primários e outros serviços; a experiência do utente face aos cuidados; a organização na prestação de serviços e a relação custo/eficácia.

Para Donabedian (1988) os avaliadores da qualidade são os utentes, os profissionais e os gestores dos serviços de saúde e cada grupo utiliza diferentes perspectivas quando avalia essa qualidade. Para além disso cada indivíduo dentro destes grupos tem ainda a sua perspectiva particular. Qualquer avaliação (julgamento), envolve sempre mais do que apenas uma medição, pois, envolve valores, expectativas, convicções, preconceitos e preferências dos indivíduos e dos grupos que estão a fazer a avaliação dessa qualidade.

De acordo com alguns estudos, a satisfação dos utentes, tem sido considerada uma área de investigação vital na avaliação da qualidade de cuidados prestados pelas instituições de saúde e uma medida de resultados de cuidados de saúde (Aharony e Strasser, 1993; Carr-Hill, 1992; Cleary e McNeil, 1988; Donabedian, 1992; Lewis, 1994; Linder-Pelz, 1982; Locker e Dunt, 1978; Scott e Smith, 1995; Vuori, 1991; Ware *et al.*, 1983; Williams, 1994).

No sentido de construir um questionário aplicável ao tema em estudo e tendo por base o modelo ECSI, foram consultados vários modelos de instrumentos de colheita de dados que serviram de suporte à elaboração do questionário de pesquisa deste estudo.

1.4.4.1 Projecto ComuniCare

O objectivo do Projecto ComuniCare era permitir a cada hospital identificar áreas chave para a satisfação dos respectivos utentes e iniciar o processo de monitorização periódica da mesma, identificando assim possíveis melhorias para o futuro através dos pontos fracos detectados.

A Unidade de Missão Hospitais SA estabeleceu uma parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL),

no âmbito do protocolo de colaboração estabelecido entre esta Universidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o Instituto Português da Qualidade para o estudo ECSI Portugal (Índice Nacional de Satisfação do Cliente), do qual têm sido produzidos resultados relativos à qualidade de serviço e satisfação do cliente de diversos sectores de actividade da economia portuguesa. A Unidade de Missão pretendeu com este projecto lançar um sistema independente de avaliação regular da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes dos Hospitais SA. O apoio metodológico foi assegurado pelo ISEGI que estabeleceu um programa de controlo e avaliação da qualidade deste estudo, nomeadamente na concepção dos questionários, apoio científico e validação do plano de sondagem, controlo e avaliação da qualidade da recolha de dados, concepção e estimativa de um modelo explicativo da satisfação do utente dos Hospitais SA e estimativa e análise dos resultados obtidos.

Na avaliação da satisfação dos utentes dos Hospitais SA durante o ano de 2005, foi elaborado um instrumento, com factores explicativos considerados relevantes, como sejam as instalações, a actuação dos vários profissionais de saúde e o processo de atendimento/admissão (Anexo VI). O modelo considera igualmente a relação entre satisfação, as reclamações e a lealdade do cliente/utente. Neste contexto, para além de fornecer a mesma informação que os estudos de mercados clássicos, ou seja a exploração das respostas a um inquérito junto dos utentes, a metodologia adoptada utiliza os dados do inquérito para estimar um conjunto de modelos de satisfação do utente. É a estimação destes modelos que fornece os índices de satisfação e permite às organizações, identificar e quantificar as relações de causalidade entre a satisfação do cliente, os seus determinantes e os seus consequentes (como a lealdade e outros indicadores do desempenho dos hospitais).

1.4.4.2 *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)*

O EUROPEP é um instrumento internacional normalizado para avaliar a medicina geral e familiar e foi desenvolvido para permitir a comparação internacional dos resultados, isto é, as comparações entre países com diferentes sistemas de saúde pode ajudar os decisores políticos a melhorar os cuidados de saúde primários na Europa.

No sentido de desenvolver uma metodologia que explore a perspectiva do utente dos serviços de saúde de forma sistemática, foi criado um instrumento O EUROPEP a nível europeu, que abre a possibilidade de garantir a qualidade na medicina geral e familiar (Grol e Wensing, 2000). O EUROPEP também foi concebido para fornecer feedback aos profissionais, ao utente e organizações, no sentido de melhorar aspectos específicos da sua actividade profissional e do desempenho organizacionais.

O *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* EUROPEP (Pisco *et al.*, 2003) avalia dimensões que se consideram pertinentes para avaliação da satisfação do utente e consequentemente a qualidade dos serviços.

O EUROPEP foi desenvolvido e validado numa série de estudos, que incidiu sobre a selecção de aspectos importantes dos cuidados a serem incluídos no questionário e uma boa compreensão na formulação das perguntas (Anexo VII).

1.4.4.3 The General Practice Assessment Survey (GPAS)

O *General Practice Assessment Survey* (GPAS), foi desenvolvido pelo *National Primary Care Research* e o *Development Centre of Manchester* e que foi baseado num instrumento concebido para utilização nos Estados Unidos o *Primary Care Assessment Survey* (PCAS).

É um instrumento multidimensional, de auto administração, anónimo, confidencial e voluntário. Foi concebido para utilizar em amostra populacionais em cuidados de saúde primários. Ramsey *et al.*, (2000) confirmam a avaliação das propriedades psicométricas do GPAS, incluindo a consistência interna e a correlação de *Pearson* e foi aceite para os utentes do Reino Unido. (Anexo VIII)

1.4.4.4 Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)

O *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) foi desenvolvido por Ware, Snyder, e Wright entre 1972 e 1976 no sul do *Illinois University School of Medicine* para o *National Center for Health Services Research* (NCHSR). Os seus objectivos era desenvolver um questionário curto, de auto administração, aplicável à população em geral, e que daria medidas fiáveis e válidas para o planeamento, administração, e avaliação de serviços de saúde (Ware *et al.*, 1983).

É um instrumento multidimensional, de auto administração, anónimo, confidencial e voluntário. Foi concebido para utilizar em amostra populacionais em cuidados de saúde primários. A qualidade do instrumento foi estudada e teve por base critérios psicométricos. Foi avaliada a validade e fiabilidade do instrumento. Foi realizada análise factorial, estimada a consistência interna, a correlação de *Pearson* entre itens e dimensões (Anexo IX).

CAPITULO II

Metodologia e Método de Pesquisa

2.1 Investigação em satisfação e qualidade apercebida nos serviços de saúde

Os serviços de saúde têm que responder a um conjunto mais vasto e complexo de questões que adquirem significado no contexto da saúde percebida pelos utentes e derivam das suas expectativas. Por isso torna-se importante avaliar a qualidade dos serviços de saúde, e se estes, vão de encontro às suas expectativas.

Para Lakatos e Marconi (2004) o conhecimento científico é planeado, baseia-se em conhecimento anterior, particularmente em hipóteses já confirmadas e obedece a um método preestabelecido, que determina, no processo de investigação, a aplicação de normas e técnicas, em etapas claramente definidas. Para as mesmas autoras o conhecimento científico é: sistemático; acumulativo; falível; explicativo; preditivo; aberto e útil.

Também Almeida e Freire (2003) se referem ao conhecimento científico como sendo: Objectivo; Empírico; Racional; Replicável; Sistemático; Metódico; Comunicável; Analítico e Cumulativo.

Para Burns e Grove (1993) *cit. in* Fortin (2000) o método científico é um processo sistemático com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e produzir outros novos que de forma directa ou indirecta vai influenciar a prática.

A metodologia científica aplicada à saúde, tem como objectivo o estudo de problemas específicos, com vista a introduzir mudanças nas situações problemáticas e desta forma fornecer serviços de qualidade às pessoas e comunidade (Fortin, 2000).

Gil (1999, p. 26) refere-se a método como o caminho para chegar a um determinado fim e a método científico como: (...) o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para atingir o conhecimento.

A finalidade do método científico é a obtenção da verdade, através da comprovação de hipóteses, que por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade. É um conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objectivo (Marconi e Lakatos, 2004).

Com a realização deste estudo, pretende-se avaliar a satisfação global dos utentes do CS de Aldoar e a qualidade apercebida pelos mesmos, para tal, serão analisadas as relações entre variáveis latentes do modelo ECSI e a variável central, satisfação. Como forma de garantir a validade dos resultados ter-se-á em conta o cumprimento das regras do método científico.

2.2 Tipologia dos estudos

A pesquisa de acordo com os objectivos e características pode ser classificado como: descritiva, correlacional ou experimental (Fortin, 2000). Na opinião da autora, os estudos descritivos, consistem em discriminar factores que eventualmente possam estar relacionados com o fenómeno em estudo, as relações entre os factores são estabelecidas de forma a produzir um perfil global do fenómeno em estudo. A Pesquisa Descritiva, regista, analisa e ordena dados, sem os manipular, isto é, sem interferência do investigador. Procura descobrir a frequência com que um facto ocorre, a sua natureza, características, causas e relações com outros factos. Na opinião de Gil (2007) a pesquisa descritiva tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de colheita de dados.

O estudo correlacional (Fortin, 2000) consiste em examinar relações entre variáveis, que pode ser efectuado a vários níveis, de acordo se trata: 1) explorar relações entre variáveis; 2) verificar a natureza dessas relações ou 3) verificar modelos teóricos. A cada nível corresponde categorias de estudo diferentes. Assim ao primeiro nível da análise das relações entre variáveis, é efectuado com a ajuda do estudo descritivo

correlacional, visa explorar e descrever relações entre variáveis. No segundo nível de análise, o do estudo correlacional propriamente dito, que procura ser explicativo ou preditivo, procura-se determinar a natureza das relações (força e direcção) entre variáveis. Finalmente no que diz respeito à verificação de modelos teóricos, a análise serve para determinar a adequação entre um modelo teórico e os dados empíricos.

A investigação do tipo experimental, caracteriza-se pelo estudo de relações de causalidade e três características são essenciais a este tipo de estudo: a aleatorização; a manipulação da variável independente e o grupo de controlo (Fortin, 2000).

2.2.1 Método de pesquisa

Com base no que foi referido anteriormente, a metodologia, que melhor se adequa ao estudo, é o descritivo, dado que se pretende estudar o modo como as variáveis se relacionam, nomeadamente através da análise dos coeficientes de correlação entre antecedentes e consequentes da satisfação.

Para Fortin (2000) a investigação descritiva realiza-se num contexto exploratório, isto é, o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas, são desconhecidas do investigador.

O procedimento analítico dum pesquisa pode ser qualitativo ou quantitativo. De acordo com Ribeiro (2008) a investigação qualitativa, tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, assume e defende a forte ligação dos dados da investigação com as circunstâncias da sua produção.

Na perspectiva do mesmo autor, a investigação quantitativa, caracteriza-se por se expressar através de números, estes referem-se a variáveis que têm significado para a investigação e que são recolhidas através de instrumentos que têm como características comuns, serem reduzidos a um numero que representa uma entidade abstracta. Na investigação quantitativa, a validade interna do estudo está muito dependente da produção destes números (validade e fiabilidade dos instrumentos de recolha de dados).

A abordagem quantitativa é, segundo Fortin (2000) e Gil (1999), um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem

independentemente do investigador. A objectividade, a predição o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem e tem como finalidade contribuir para a validação dos conhecimentos (Fortin, 2000). Neste estudo a análise utilizada é a de abordagem quantitativa.

2.3 Apresentação do estudo

Este estudo pretende descrever a satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados pelo Centro de Saúde de Aldoar situado no Porto e a percepção da qualidade dos mesmos.

2.3.1 Descrição do objecto em estudo

O objecto em estudo neste trabalho, é a satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Aldoar e a qualidade apercebida dos serviços prestados.

2.3.2 Objectivos

O objectivo geral deste trabalho, é avaliar a satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Aldoar situado no Porto e a qualidade apercebida dos serviços. Os objectivos específicos, foram definidos tendo em conta os antecedentes da satisfação (imagem, expectativas, qualidade apercebida e valor apercebido) e os seus consequentes (lealdade, reclamações e recomendação) e são os seguintes:

Verificar se a satisfação dos utentes sofre influência da imagem do CS.

Verificar se a satisfação dos utentes sofre influência das expectativas que têm do CS.

Verificar se a satisfação dos utentes sofre influência da qualidade apercebida dos serviços do CS.

Verificar se a satisfação dos utentes sofre influência da avaliação da relação preço/qualidade dos serviços do CS.

Verificar se a intenção de recomendação dos utentes, está relacionada com o seu grau de satisfação.

Verificar se a não apresentação de reclamações pelos utentes, está relacionada com o seu grau de satisfação.

Perceber a intensidade e a relação entre os antecedentes da satisfação (imagem, expectativas, qualidade apercebida e valor apercebido).

Perceber a intensidade e a relação entre os consequentes da satisfação (lealdade, reclamações e recomendação).

Identificar os parâmetros que mais contribuem para a qualidade apercebida e satisfação global.

2.3.3 Problema

Quando falamos de qualidade em Saúde, pressupõe-se um sistema de prestação de serviços, em que o utente constitui o elemento central e passa a ser o elemento principal das preocupações das instituições de saúde.

Isto vem sendo assumido pelos poderes políticos, nomeadamente através de documentos emanados do Ministério da Saúde (1997), da Direcção Geral da Saúde (1997) e da Administração Regional de Saúde do Norte (1996), que falam na perspectiva da “mudança centrada no cidadão”, em “ouvir a voz do utente”, ou ainda em “promover a participação activa do utente”. Estas expressões reflectem a preocupação crescente com a perspectiva do utente com os serviços de saúde.

McIntyre (1999) refere que a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, identificando e corrigindo problemas decorrentes de novas expectativas relativas aos cuidados e reorganizando os serviços em função disso.

Opinião idêntica tem a Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, ao considerar que o processo de avaliação da satisfação dos utentes e mecanismos correctores é uma das formas de garantir a qualidade dos serviços de saúde. No documento “Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século” (1997) a insatisfação dos utentes é referenciada como um dos problemas existentes no SNS.

Neste contexto, questionamo-nos: como avaliam os utentes a qualidade dos serviços prestados pelo CS? Quais as suas expectativas em relação aos serviços? Como avaliam os utentes a imagem do CS? Como avaliam a relação preço/qualidade dos serviços? Os utentes estão satisfeitos com os serviços prestados?

2.3.4 Hipóteses e variáveis

Com este estudo pretende-se compreender o que determina a satisfação do utente do Centro de Saúde de Aldoar, no Porto e de que forma, esta influencia os consequentes da satisfação. Como questões de pesquisa definimos:

Será que os antecedentes da satisfação influenciam significativamente o grau de satisfação dos utentes do CS Aldoar?

De que forma a satisfação dos utentes influencia os consequentes da satisfação?

De acordo com Hill e Hill (2005) a hipótese operacional tem grande importância no processo de investigação para evitar ambiguidade e, portanto, clarificar o objectivo específico do trabalho.

Para McGuigan (1976), *cit. in* Almeida e Freire (2003) a hipótese será uma proposição testável e que pode vir a ser a solução do problema, deve ser susceptível de quantificação e reunir alguma generalidade explicativa. Para Almeida e Freire (2003) hipótese é a explicação mais plausível de um problema.

As hipóteses fazem afirmações sobre relações entre variáveis e oferecem ao investigador uma linha de orientação quanto à forma, como a ideia inicial poderá ser testada (Bell, 2008) (Figura 9).

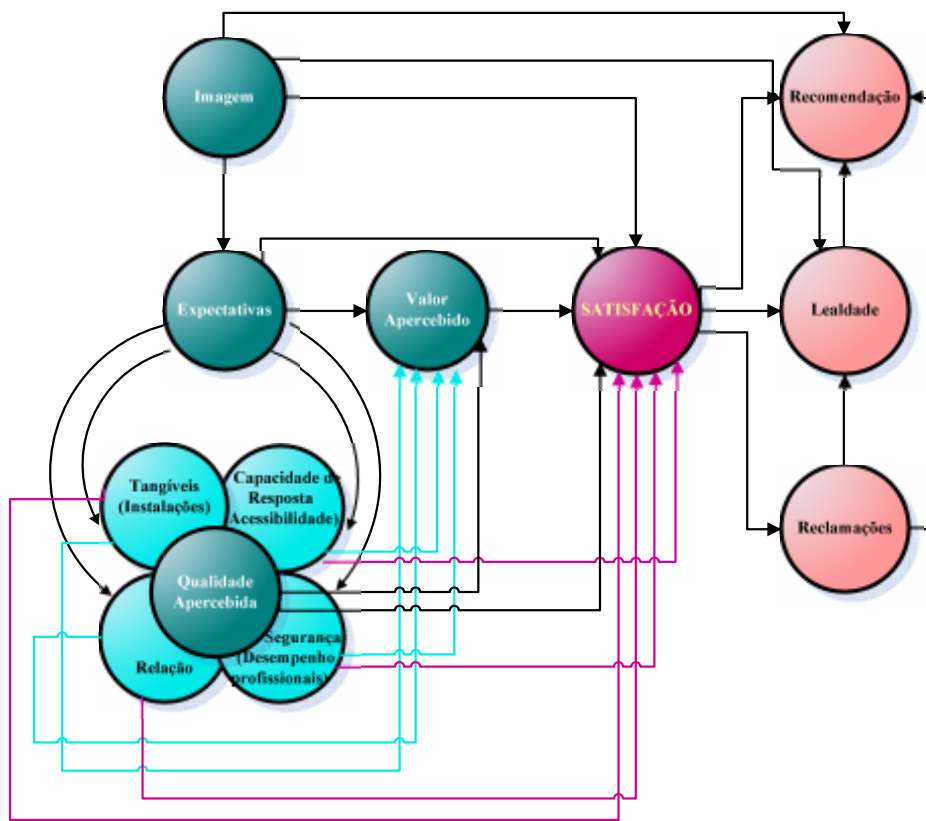


Figura 9 – Correlações possíveis do modelo estrutural ECSI

Fonte: Esquematização da autora

Com base nos pressupostos anteriores e tendo por base o modelo estrutural ECSI, Definiram-se as hipóteses com base nas dúvidas, aquando da delineação do problema.

H1: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.

H2: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente.

H3: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente.

H4: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo nas expectativas do utente.

A imagem institucional é a principal diferença que existe entre o do modelo ECSI e o modelo ACSI, como referem Vilares e Coelho (2005, p. 328). Com as hipóteses anteriores pretende-se conhecer a influência da imagem na satisfação global e nas expectativas do utente do CS, na intenção de lealdade e recomendação. Vilares e Coelho (2005, p. 328), supõem que existe um “efeito directo e indirecto positivos da imagem, quer na satisfação quer na lealdade do cliente, sendo o efeito indirecto pela via das expectativas geradas”

H5: A satisfação global em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente da:

H5:1 qualidade apercebida das instalações (QAPI);

H5:2 da qualidade do desempenho dos Administrativos (QAPA);

H5:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H5:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H5:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H5:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1);

H5:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

H6: A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.

Com as hipóteses anteriores e tendo por base a experiência que o utente tem com os serviços do CS, pretende-se conhecer o julgamento do utente, relativamente à qualidade apercebida global; à acessibilidade; ao desempenho dos profissionais; à qualidade das instalações; à qualidade apercebida relacional e como influenciam a satisfação global. Vilares e Coelho (2005, p. 324) consideram que “é de esperar que quanto mais elevada for a qualidade apercebida, maior será a satisfação do cliente”.

Saias (2007) refere que, se for fornecida informação ao cliente sobre os diferentes aspectos da produção do serviço (quanto tempo falta; qual a dimensão da fila de espera; que resultado o cliente pode esperar, etc.), ele estará menos atento aos defeitos do

serviço e a sua atitude será menos crítica relativamente à percepção e avaliação da qualidade.

H7: A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo no valor apercebido.

H8: O valor apercebido tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.

H9: O valor apercebido é positivo, directo e significativamente dependente

H9:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis));

H9:2 da qualidade do desempenho dos profissionais Administrativos (QAPA);

H9:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H9:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H9:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H9:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1).

H9:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

Tendo por base a qualidade apercebida dos serviços pelos utentes, pretende-se saber de que forma, influencia a opinião sobre relação preço/qualidade dos serviços e de que forma afecta a satisfação global. Saias (2007, p.197) menciona que o *Value for Money*, “qualidade pelo preço” é a origem da satisfação do cliente “valeu o preço que custou”. O mesmo autor refere ainda que a qualidade percebida pelos clientes pode ser mais elevada, em opções de menor preço. Clientes satisfeitos e fiéis são menos sensíveis ao preço (Saias, 2007).

Na relação preço/qualidade dos serviços Vilares e Coelho (2005, p. 324) referem que se supõe que o valor apercebido “tem um impacto directo e positivo na satisfação do cliente”.

H10: As expectativas têm um impacto positivo e significativo no valor apercebido.

H11: As expectativas têm um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.

H12: As expectativas em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente

H12:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis));

H12:2 da qualidade do desempenho dos profissionais Administrativos (QAPA);

H12:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H12:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H12:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H12:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1);

H12:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

Com as hipóteses anteriores pretende-se conhecer de que forma as expectativas do utente do CS influenciam a satisfação e qualidade apercebida global e qual o impacto no valor apercebido. Vilares e Coelho (2005, p. 324) supõem que as expectativas têm um impacto directo na satisfação do cliente e indirecto pela via da qualidade apercebida e do valor apercebido.

Para Saias (2007) o cliente tem uma determinada expectativa de qualidade e se esta for parcialmente frustrada, ele perceberá um baixo nível de qualidade naquele serviço concreto. O mesmo serviço será percebido como de boa qualidade se a expectativa que o cliente tem, for igual ou inferior à realidade com que se deparou no momento do consumo.

Refere ainda Saias (2007) que ao criar expectativas elevadas, pode incentivar a experimentação, mas ao não serem cumpridas ou ultrapassadas, criam insatisfação, reduzem os índices de fidelização e a médio prazo um *Word-of-mouth* negativo inibirá as expectativas e afectará a imagem da empresa.

H13: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente.

H14: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente.

Com as hipóteses anteriores, pretende conhecer-se de que forma os utentes satisfeitos têm intenção de lealdade e recomendação. Saias (2007) refere que a insatisfação reduz os índices de fidelização e conseqüentemente um “*Word-of-mouth*” negativo afectará a imagem da empresa.

Vilares e Coelho (2005) referem que a satisfação e lealdade não são conceitos equivalentes, é possível existir diferenças significativas entre o nível de satisfação e lealdade. A consideração destes indicadores permite a posterior modelação da lealdade e o seu relacionamento com comportamentos futuros.

H15: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na não formalização de reclamações e na opinião sobre a resolução das mesmas.

H16: A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de lealdade.

H17: A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação.

H18: A lealdade do utente tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação.

Pretende-se com as hipóteses anteriores compreender de que forma se utentes satisfeitos não formalizam reclamações e no caso de reclamações bem resolvidas como influencia a sua intenção de lealdade e recomendação.

De acordo com Vilares e Coelho (2005) uma das conseqüências imediatas da melhoria da satisfação do cliente é a redução das reclamações.

Uma forma de medir a satisfação (Saias, 2007) é a recolha e o *feed-back* dos clientes, através de comentários, sugestões e reclamações.

Na opinião de Vilares e Coelho (2005) quando as reclamações são respondidas para além das expectativas, o cliente que reclama pode atingir níveis de fidelização superiores aos de aquele que nunca reclamou.

A lealdade é um conceito mais abrangente e mais estático que a satisfação e é predominantemente dirigida à organização no seu conjunto. A satisfação do cliente é a condição necessária para conseguir a sua lealdade, quando os clientes não estão satisfeitos, não voltam a comprar e eventualmente passam a falar mal da empresa ou serviço (Saias, 2007).

2.3.5 Justificação

As reformas a decorrer no Sistema de saúde, sobretudo na área dos cuidados de saúde primários, têm em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A opinião do utente relativamente aos mesmos é vista como agente de mudança para a melhoria.

O Programa do XVII Governo Constitucional, demonstra a importância que o Executivo atribui aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, ao contemplar a reestruturação dos Centros de Saúde.

A reorganização dos actuais CS, apoiam-se em princípios e orientações que garantam aos cidadãos, uma boa acessibilidade, continuidade e qualidade de cuidados. Neste processo de reestruturação e por uma questão de proximidade e facilidade em realizar o estudo e ainda pelo facto da investigadora trabalhar nesta área, considera pertinente o estudo, no sentido de obter respostas que possam levar a implementação de melhorias, tendo por base os antecedentes da satisfação do utente e a influencia da mesma nos seus consequentes.

2.3.6 Definição da Amostra

Para Hill e Hill (2005) a população ou universo é o total dos casos sobre os quais se pretende tirar conclusões. Na opinião de Fortin (2000, p.2002) população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Na opinião da mesma autora, população *alvo* é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção, definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

A população *alvo* deste estudo, são os utentes inscritos e que utilizam os serviços do Centro de Saúde de Aldoar.

Frequentemente o investigador não possui recursos nem tempo suficiente para recolher e analisar todos os casos de um universo, poderá então considerar uma parte dos casos do universo a que se chama amostra (Hill e Hill, 2005). Também Fortin (2000) se refere a amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. A amostra deste estudo é constituída por 400 sujeitos inscritos e que utilizam os serviços do CSA.

O processo de amostragem utilizado neste estudo foi o não probabilístico por conveniência. Para Fortin (2000, p.208) é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.

Refere ainda a mesma autora, que este tipo de amostragem, corre o risco de ser menos representativa que a probabilística, e refere que para reduzir ao mínimo o erro amostral, deve procurar reproduzir-se o mais fielmente possível a população, tomando em conta as características conhecidas desta.

Hill e Hill (2005) também se referem a este tipo de amostragem como não casual, que pode ser por conveniência ou por quotas. A amostragem utilizada neste estudo é a não probabilística por conveniência ou acidental, em que os casos estão facilmente disponíveis e presentes num determinado local (Hill e Hill, 2005 e Fortin, 2000).

Para o tamanho da amostra adaptou-se uma das regras mencionadas por Hill e Hill (2005) a estimação por meio das regras do polegar "*Rules of thumb*" para análises multivariadas, isto é, quando o investigador quer analisar k variáveis ($k > 15$), o tamanho mínimo da amostra deve ser $n = 5k$. Neste estudo inclui 64 variáveis a analisar, assim ($n = 64 * 5 = 320$). A colheita de dados decorreu no período entre 16 de Dezembro de 2008 e 4 de Fevereiro de 2009, tendo sido possível aumentar a amostra para 400 elementos. Como refere Hill e Hill (2005, p.58) quanto maior for o tamanho da amostra, mais provável se torna que os resultados da análise possam ser generalizados.

2.4 Metodologia utilizada no estudo

Medir é quantificar certas características de um objecto. A forma como os conceitos são definidos e medidos terá uma influência directa na validade dos resultados de investigação e, por consequência, na validade teórica do estudo (Fortin, 2000). Existem diferentes formas de medir os fenómenos: podem-se contar, classificar segundo ordem de grandeza ou ainda comparar.

Fortin (2000, p. 249) salienta que embora o questionário não permita a profundidade da entrevista, permite um melhor controlo sobre os enviesamentos e acrescenta ainda que “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”. É um instrumento de medida que traduz os objectivos do estudo com variáveis mensuráveis.

2.4.1 Modelos Utilizados para o Desenvolvimento do Inquérito

A construção do questionário como já referido anteriormente, obedeceu a uma pesquisa exaustiva de instrumentos aplicados na área da avaliação da satisfação do cliente/utente dos serviços em geral e da saúde em particular. Na opinião de Hill e Hill (2005) para a concepção de um questionário novo, é necessário realizar um estudo preliminar, que é muito útil quando não existe um questionário adequado à situação em estudo.

Tendo por base o modelo *European Costumer Satisfaction Index* (ECSI), tentou integrar-se elementos das principais metodologias internacionais de medição da qualidade e satisfação adaptadas às características específicas da saúde, como referido no capítulo anterior: *European Costumer Satisfaction Index* (ECSI), baseado no *American Consumer Satisfaction Index*, da Universidade de Michigan; SERVQUAL, desenvolvido pelos especialistas Zeithaml, Parasuraman e Berry; Projecto ComuniCare, que é um sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação dos utentes dos Hospitais SA (2003), realizado pela Universidade Nova de Lisboa; *The General Practice Assessment Survey* (GPAS), é um instrumento para avaliação da Medicina Geral e Familiar, concebido pelo *National Primary Care Research & Development Centre* no reino Unido; *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) e *EUROPEP Questionnaire*.

O modelo como foi referido anteriormente compreende quatro antecedentes ou determinantes da satisfação do cliente (a imagem; as expectativas dos clientes; a qualidade apercebida dos produtos e serviços e o valor apercebido) e dois consequentes do índice da satisfação (reclamações e lealdade) (figura 10). Como se pretende avaliar para além da satisfação a qualidade apercebida dos serviços, integrou-se também o modelo SERVQUAL.

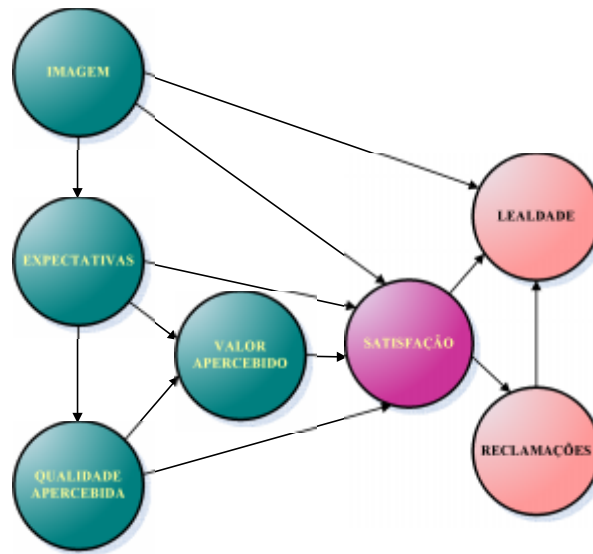


Figura 10 – Modelo estrutural ECSI variáveis latentes.

Fonte: Vilares e Coelho (2005, p.329)

As variáveis latentes do questionário deste estudo, com o número de itens e número de questões pode observar-se na tabela 2. Para o item Imagem e Expectativas integrou-se os modelos ECSI e do projecto ComuniCare. Para o item Qualidade apercebida integrou-se os modelos SERVQUAL, ECSI, do projecto ComuniCare, GPAS, EUROPEP e PSQ. Para o item Valor apercebido integrou-se os modelos ECSI e PSQ. Para o item Satisfação integrou-se os modelos ECSI, do projecto ComuniCare, EUROPEP, GPAS e PSQ. Para o item Reclamações integrou-se os modelos ECSI e do projecto ComuniCare. Para o item Lealdade integrou-se os modelos ECSI, do projecto ComuniCare e EUROPEP. E surge um item novo como consequente da satisfação, a Recomendação, que resultou da integração dos modelos do projecto ComuniCare, EUROPEP e GPAS.

Variáveis/itens	Nº questões
Imagem	5
Expectativas	4
Qualidade Apercebida (bens e serviços)	38

Valor Apercebido	4
Satisfação global	1
Reclamações	2
Lealdade	1
Recomendação	1

Tabela 2: Variáveis latentes do questionário do estudo

Fonte: Esquematização da autora

2.4.2 A Construção do Questionário e a adaptação dos modelos para este estudo

Hill e Hill (2000) advertem que não é fácil elaborar um questionário que forneça dados que permitam testar adequadamente as hipóteses de investigação.

Vilares e Coelho (2005, p. 77) atestam que “a construção de um questionário é uma tarefa especializada que envolve diferentes níveis de complexidade”. Os mesmos autores consideram que um questionário possui uma macro-estrutura e uma micro-estrutura. Em relação à macro-estrutura, são referidos seis pontos-chave na construção dos questionários: a informação a fornecer aos entrevistados; a aparência do questionário; o fluxo e a sequência da entrevista; as secções do questionário; a utilização de filtros e o posicionamento das questões sobre a satisfação global. Relativamente à micro-estrutura, os autores consideram que deve ter-se em atenção: os princípios gerais; a análise das questões que podem constar num inquérito de satisfação do cliente e as escalas de resposta.

Na opinião de Fortin (2000) é melhor começar o questionário por questões de ordem geral e ir progressivamente para questões mais específicas, assim como os dados demográficos são geralmente incluídos no final do questionário e exigem confidencialidade. Alerta ainda para a aparência geral do questionário, a disposição das questões e o espaço entre elas.

Também Vilares e Coelho (2005) referem que há duas possíveis localizações para uma questão sobre a avaliação global, se for colocada antes da lista de atributos permite: ter uma medida menos enviesada (e mais espontânea) da verdadeira satisfação; a avaliação é efectuada unicamente com base nos critérios do cliente e facilita uma modelação posterior da satisfação. Se for colocada depois da lista de atributos a avaliar: há uma

definição prévia do domínio dentro da qual a satisfação é avaliada; é possível conceber que a avaliação da satisfação é mais fácil porque o cliente teve tempo para reflectir sobre o conjunto de atributos e tende a fazer uma síntese sobre os vários atributos sobre os quais foi questionado.

Tendo em conta estes pressupostos, elaborou-se o questionário, começando com questões de ordem geral e colocou-se uma questão de avaliação global para a qualidade e outra para a satisfação, dado que “em qualquer estudo de satisfação do cliente é habitual e desejável obter a medida da satisfação global” (Vilares e Coelho, 2005, p. 89).

Relativamente ao tamanho do questionário, Hill e Hill (2005) partilham um conselho prático que tivemos em consideração: não reduzir o comprimento do questionário utilizando um tamanho de caracteres muito pequeno, isto porque as pessoas que recebem um questionário que parece curto (porque foi impresso em letra muito pequena) percebem muito bem que é um truque e que o seu preenchimento irá levar mais tempo do que parece, assim a possibilidade de cooperação será reduzida (Hill e Hill, 2005).

Fortin (2000) refere também que, ainda que exista um questionário conforme com o objectivo pretendido, pode mostrar-se necessário o acréscimo ou a retirada de questões com a finalidade de satisfazer as exigências da investigação.

Vilares e Coelho (2005) referem que nos questionários de satisfação do cliente, para além das questões relacionadas com dimensões da qualidade, devem incluir outras dimensões que são importantes para explicar a satisfação, como: a imagem institucional; a imagem de produtos ou serviços; preço; valor apercebido (relação qualidade/preço); reclamações e lealdade.

Ainda Vilares e Coelho (2005) mencionam vários tipos de questões quanto aos objectivos: as que recolhem informação factual; as que medem atitudes; as que procuram prever comportamentos e as relativas às características socio-demográficas.

As questões que recolhem informação factual são respondidas de forma fácil (sim, não, etc.) e tem como objectivo informação precisa. As questões que medem atitudes, normalmente requerem avaliações subjectivas e por não serem directamente observáveis

é desejável usar mais que uma questão para medir a mesma atitude. As questões que procuram prever comportamentos, observam intenções de comportamento e não comportamentos efectivos.

Neste estudo utilizamos todos os tipos de questões acima referidas e também seguimos a orientação de colocação das questões socio-demográficas no final do questionário tendo em consideração o anonimato e confidencialidade dos dados.

As questões também podem ser caracterizadas quanto à liberdade de resposta, Vilares e Coelho (2005) define-as como: abertas, fechadas e semi-abertas. As questões abertas não são estruturadas, usam-se quando não se conhece o suficiente sobre o assunto e devem ser utilizadas com moderação. As questões fechadas, fornecem ao inquirido uma lista de possíveis opções de resposta e tem como principais vantagens, estabelecer um enquadramento para as respostas do inquirido e facilitar a análise das respostas. As questões semi-abertas para além de fornecerem uma lista de respostas possíveis, permitem ao inquirido fornecer uma resposta que não se enquadre nas categorias identificadas. O questionário deste estudo é constituído por questões fechadas, exactamente para facilitar a análise das respostas e que na opinião de Hill e Hill (2005) são úteis, quando o investigador conhece a natureza das variáveis e quer obter informação quantitativa sobre elas.

No questionário deste estudo respeitou-se as cinco regras básicas preconizadas por Vilares e Coelho (2005): foco; clareza; brevidade; vocabulário apropriado e gramática.

A escala de resposta corresponde a uma representação gráfica, numérica ou verbal do aspecto de respostas possíveis, facilita o processo de recolha de dados e permite obter informação sobre a ordem de importância das variáveis observadas (Vilares e Coelho, 2005). A escala utilizada no questionário do estudo é multidimensional e quanto ao tipo de métrica utilizada é a do tipo *Likert* de 5 pontos que varia de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “discordo totalmente” a “concordo totalmente” e “Muito má” a “muito boa”. Também se incluiu a modalidade de “não sabe” / “Não se aplica”, respeitando desta forma a falta de experiência ou opinião dos inquiridos (Hill e Hill, 2005).

Relativamente à métrica do questionário deste estudo, é utilizada a de intervalo que na opinião de Vilares e Coelho (2005) é a mais utilizada nos estudos de satisfação do

cliente, por serem mais adequadas à medição de opiniões, atitudes ou intenções de comportamento e possibilitam o cálculo de medidas de localização como a média, mediana e moda. Os mesmos autores mencionam que existem medidas estatísticas apropriadas para este tipo de escala, como: a de tendência central (média aritmética); a de dispersão (desvio padrão); a associação ou correlação (correlação e rácio de correlação) e significância (teste T; teste F; ANOVA; a regressão e análise factorial).

O inquérito por questionário, como qualquer outro instrumento de investigação, tem vantagens e inconvenientes. Na opinião de Fortin (2000) o questionário é menos dispendioso do que a entrevista, requer menos habilidades, pode ser utilizado simultaneamente junto de grande número de sujeitos e permite o anonimato das respostas. Como desvantagens a autora menciona a fraca taxa de respostas e a elevada taxa de dados em falta. Para colmatar esta desvantagem decidiu-se optar pelos inquéritos administrados por entrevistador que, na opinião de Vilares e Coelho (2005), permite ao entrevistador verificar as respostas dadas em tempo real e esclarecer dúvidas, obtendo uma boa qualidade das respostas. Neste contexto os inquéritos foram aplicados pelo investigador e colaboradores (colegas de trabalho), que foram previamente familiarizados com os objectivos do estudo, os questionários e o seu preenchimento.

O questionário do estudo foi estruturado em 10 secções, como se apresenta de seguida: I Satisfação Global; II Imagem; III A Qualidade Apercebida; IV O Valor Apercebido (relação preço/qualidade); V Expectativas; VI Lealdade; VII Reclamações; VIII Recomendação; IX Frequência de utilização; X Caracterização socio-demográfica. (Anexo XI). Cada secção do questionário é precedida de uma instrução sobre as questões e como respondê-las, bem como uma apresentação do significado da escala envolvida. Na secção 7 pretende-se identificar os utentes que reclamaram verbalmente ou por escrito, julga-se oportuno introduzir filtros explícitos (dicotómicos, do tipo “Sim” e “Não” que de acordo com Vilares e Coelho (2005) tem o intuito de direccionar os respondentes. Na secção n.º 9 pretende-se conhecer a frequência de utilização dos serviços pelos respondentes, neste caso utiliza-se uma escala de rácio, que na opinião de Hill e Hill (2005) é a mais utilizada para avaliar a frequência de utilização. Na secção n.º 10 relativa aos dados sócio-demográficos, e em relação à idade dos inquiridos, utiliza-se os intervalos observados noutros estudos desta natureza. Relativamente ao nível de instrução, opta-se por discriminar os intervalos dos ciclos de escolaridade e também sem escolaridade, atendendo a que os questionários não são de auto

administração. Em relação à situação perante o trabalho, não se considera importante para o estudo analisar este aspecto de forma exaustiva, opta-se por avaliar a situação em função de estar ou não a trabalhar.

Depois de concluído o questionário, este foi submetido à apreciação de alguns colegas de trabalho e à apreciação de docentes da Universidade Fernando Pessoa, que está de acordo com o que preconiza Hill e Hill (2005). Concluído e aprovado pelo orientador do estudo, realizou-se o pré-teste que, na opinião de Fortin (2000) consiste no preenchimento por uma pequena amostra que integre a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões são bem compreendidas. Também na opinião de (Vilares e Coelho, 2005) é uma fase fundamental na garantia da adequação do questionário, bem como de toda a logística de recolha de dados em que as entrevistas podem ser realizadas junto dos clientes que fazem parte da população alvo ou dos próprios entrevistadores.

O pré-teste decorreu entre 16 a 22 de Dezembro de 2008 e foram entrevistados 15 indivíduos de diferentes faixas etárias que utilizaram o Centro de Saúde neste período. Decorrente desta aplicação, foram introduzidas pequenas alterações, que se prenderam unicamente com questões gramaticais e estes entrevistados não foram incluídos na amostra.

Depois deste procedimento, seguiu-se a aplicação do questionário entre 26 de Dezembro de 2008 e 4 de Fevereiro de 2009, aos utentes das duas Unidades do Centro de Saúde de Aldoar que se encontravam em espera para consulta.

O Programa informático utilizado para o tratamento estatístico dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 16.0).

2.4.3 Considerações éticas

No decurso de um projecto de investigação, qualquer investigador deve integrar na sua prática, os princípios éticos que constituem a garantia do respeito devido, a todos aqueles que de forma voluntária participam na investigação.

Se, em princípio todo o sujeito da experimentação terapêutica (particularmente, segundo o modelo de ensaio clínico) poderá beneficiar com a sua participação no estudo que lhe é proposto, já na experimentação não terapêutica é improvável que a sua participação possa

trazer-lhe qualquer benefício, pelo que apenas o seu altruísmo, solidariedade ou desejo de prestar serviço relevante à humanidade sofredora o poderão animar a essa participação. Oswald (1998, p.100, *cit. in* Serrão e Nunes, 1998)

Decorre assim o dever do investigador de primar pela honestidade, explicitando as responsabilidades de todos os intervenientes envolvidos e aceitando as suas decisões relativas à participação no estudo, protegendo-os de quaisquer danos de natureza física ou moral, bem como constitui regra ética fundamental, a fidelidade dos dados recolhidos, assim como dos resultados obtidos, respeitando a confidencialidade e anonimização dos dados.

O estudo foi realizado mediante a autorização formal da Direcção do Centro de Saúde de Aldoar, como se pode ver no Anexo X. Os participantes foram informados dos objectivos do estudo e da forma de participação no mesmo, sendo-lhes garantida a confidencialidade e anonimização dos dados (foi obtido o consentimento informado de todos os participantes).

CAPITULO III

Análise dos resultados

3.1. Caracterização do perfil dos respondentes

A seguir serão apresentados os dados que caracterizam a amostra em estudo, que compreende 400 sujeitos inquiridos no Centro de Saúde de Aldoar (CSA), 50,5% são da Unidade de Saúde do Carvalhido (U.C.) e 43,5% da Unidade de Saúde de Aldoar (U.A.), como se observa no Gráfico 3.

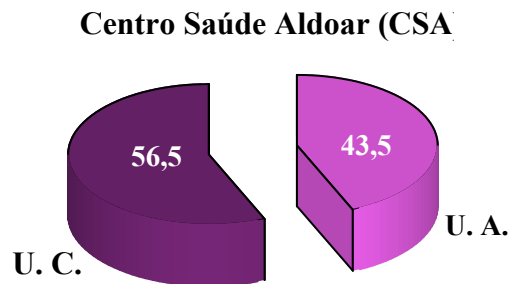


Gráfico 3 – Representação gráfica da amostra do Centro de Saúde de Aldoar

Em relação ao género dos inquiridos (Gráfico 4), verifica-se que o sexo feminino tem uma maior representatividade com 65,5% e o sexo masculino com 34,5%.

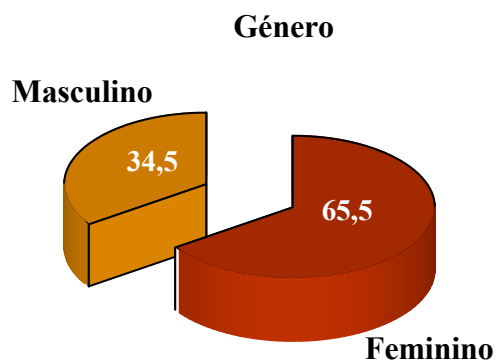


Gráfico 4 – Representação gráfica quanto ao Género dos inquiridos

Relativamente à faixa etária, como se pode ver no Gráfico 5, conclui-se que mais de 50% das respostas dos inquiridos se concentram entre os 25 e 49 anos (56,2%), logo seguida da faixa etária entre os 50 e 64 anos com 23%, com 15% a faixa etária acima dos 65 anos e com pouca representatividade a faixa etária até aos 24 anos, apenas com 5,8%.

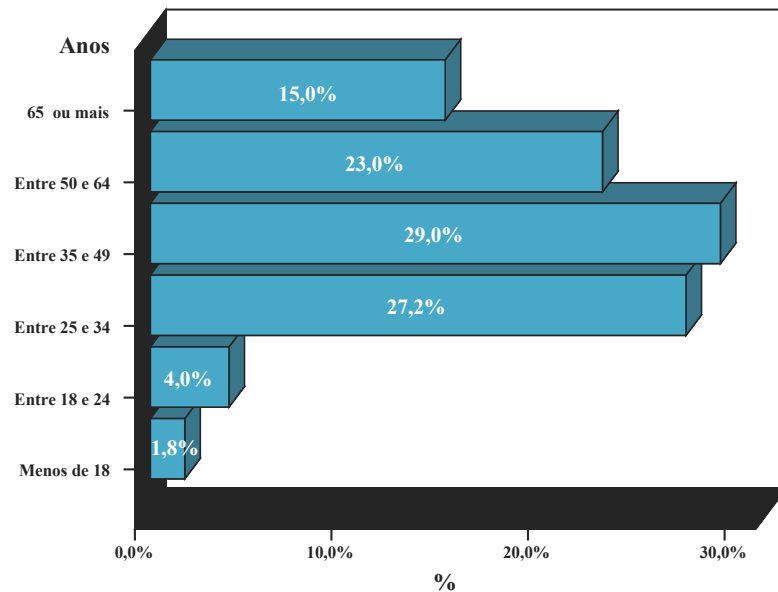


Gráfico 5 – Representação gráfica quanto à Idade (anos) dos inquiridos

No que diz respeito ao estado civil, observa-se no Gráfico 6, que a maioria dos inquiridos 64% se encontra casado ou em união de facto, com 18%, 10,3% e 7,8%, têm o estado civil de solteiro/a, viúvo/a e divorciado/a respectivamente.

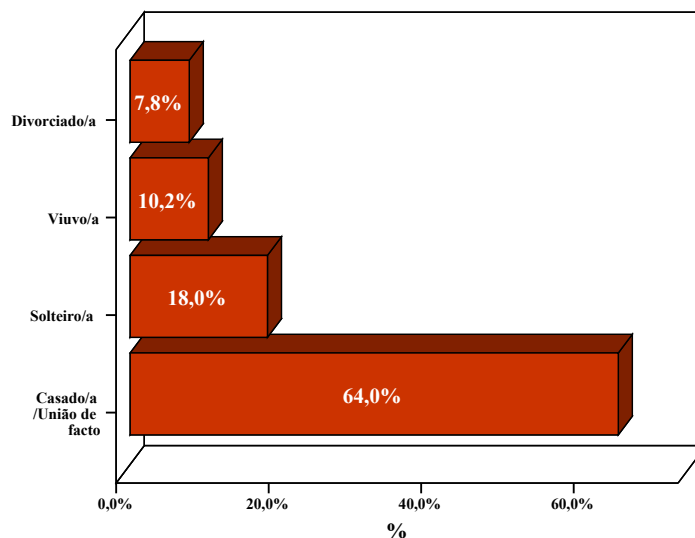


Gráfico 6 – Representação gráfica quanto ao Estado civil dos inquiridos

Relativamente ao nível de instrução (Gráfico 7), verifica-se que no CSA, a maioria dos respondentes tem apenas o 1º ciclo do ensino básico com uma percentagem de 28,2%, é notório que nesta amostra a maioria, ou seja 62,2%, têm até o 3º ciclo do ensino básico, importante referir que 11,7% não tem escolaridade. Com o ensino secundário 17,5%, ensino médio 7,8% e com ensino superior 12,5%.

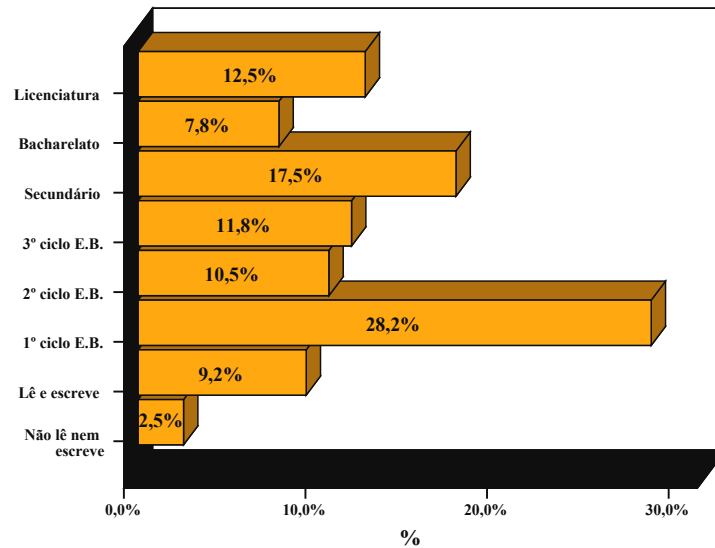


Gráfico 7 – Representação gráfica quanto ao Nível de instrução

Quanto à situação dos inquiridos perante o trabalho, pode observar-se no Gráfico 8, que a maioria (44,8%) se encontra a trabalhar por conta de outrem. É também significativa a percentagem de desempregados (21,8%) e reformados (19%). Os Estudante têm uma representatividade de 4% e trabalhador por conta própria 5,8%.

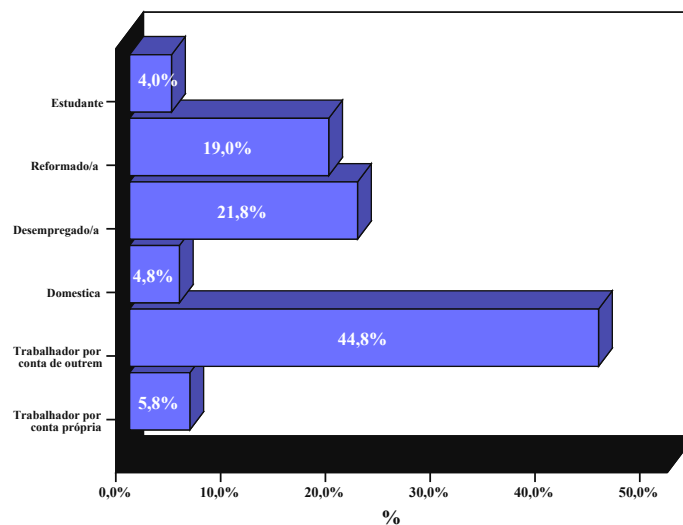


Gráfico 8 – Representação gráfica quanto à Situação perante o trabalho

Em relação à frequência de utilização dos serviços nos últimos 6 meses, verifica-se no Gráfico 9, que a maioria dos inquiridos (47%) utilizou os serviços 1 a 2 vezes, 25,2% utilizou os serviços mais de 6 vezes, 21,2% utilizou os serviços de 3 a 6 vezes e 6,5% referiu que não utilizou os serviços nos últimos 6 meses.

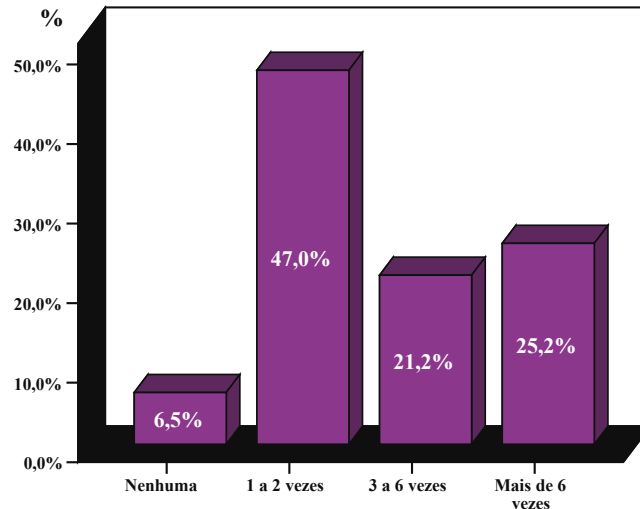


Gráfico 9 – Representação gráfica quanto à frequência de utilização dos serviços nos últimos 6 meses

3.2. Apresentação e Fiabilidade e Validade dos dados

Os dados serão apresentados pela mesma ordem do questionário e de acordo com as variáveis em questão (satisfação, imagem, qualidade apercebida, valor apercebido, expectativas, lealdade, reclamações e recomendação), para que a análise de conteúdo seja facilitada.

No sentido de assegurar a qualidade dos dados, na opinião de vários autores, Pestana e Gageiro (2005) e Hill e Hill (2005), a medida mais utilizada para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis e análise de fiabilidade é o teste de Alpha de Cronbach. A consistência interna dos factores, define-se como a proporção da variabilidade nas respostas dos indivíduos, porque estes têm diversas opiniões, assim a fiabilidade mede o grau com que os valores obtidos através do questionário estão isentos de erros aleatórios

A validade mede o quanto um questionário avalia aquilo que se pretende que avalie. A validade do questionário será efectuada através da análise factorial, usando o critério de

Componentes Principais, esta técnica analisa no essencial, as correlações entre várias variáveis para encontrar um conjunto de “factores”, que teoricamente representam o que têm em comum as variáveis analisadas (Hill e Hill, 2005).

3.2.1 Análise das Frequências absolutas e relativas

Na sequência serão analisadas as variáveis satisfação, imagem, qualidade apercebida, valor apercebido, expectativas, lealdade, reclamações e recomendação. Serão apresentadas as frequências (F) de cada variável, bem como as respectivas médias (M) e os desvio padrão (DP).

De acordo com Pestana e Gageiro (2005) a interpretação do valor das médias, por si só não tem qualquer significado nas escalas de avaliação, serve apenas para comparar a localização das distribuições dos vários itens, pelo que deve ser complementada pelas tabelas de frequências para cada item. Os mesmos autores acrescentam que a interpretação da média, em relação aos termos dos valores, pode levar a conclusões equivocadas, pois, independente do valor da média, é o desvio padrão quem determina a menor dispersão das respostas, ou seja, a concentração delas.

Vilares e Coelho (2005) referem-se à média como medida de tendência central, que permite reduzir uma grande quantidade de dados a um único indicador, com uma perda de informação que se pretende tão pequena quanto possível. Referem ainda que num estudo de satisfação do cliente, é habitual que o investigador queira conhecer o nível médio das avaliações do cliente em relação a um conjunto de variáveis que constam do questionário.

Em relação à “Satisfação Global” (Tabela 3), os inquiridos estão “satisfeitos” com 80,2% de concordâncias (M = 3,48; DP = 1,009).

1-Muito Insatisfeito		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
5- Muito Satisfeito															
6- Não sabe/Não responde															
Satisfação Global	SATISF	7	1,8	70	17,5	108	27,1	156	39,1	56	14,0	2	,5	3,48	1,009

Tabela 3 – Representação numérica e percentual; M e DP da Satisfação Global

A comparação das médias e do desvio padrão para cada item, que compõe a variável “Imagem” (Tabela 4) mostra que os inquiridos avaliam mais favoravelmente o “CS é experiente” (IMG2) com 82,8% de concordâncias (M = 3,66 e DP = 0,979) e avaliam menos favoravelmente o “CS preocupa-se com os utentes” (IMAG3) com concordâncias de 67,8% (M = 3,26; DP = 1,081).

1-Muito Insatisfeito 5- Muito Satisfeito 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
		Imagem	IMAG1	7	1,8	41	10,3	124	31,0	192	48,0	26	6,5		
IMAG2	4		1,0	40	10,0	114	28,5	198	49,5	19	4,8	25	6,3	3,66	,979
IMAG3	12		3,0	109	27,3	86	21,5	159	39,8	26	6,5	8	2,0	3,26	1,081
IMAG4	20		5,0	68	17,0	88	22,0	157	39,3	18	4,5	49	12,3	3,58	1,309
IMAG5	21		5,3	89	22,3	90	22,6	169	42,3	21	5,3	10	2,5	3,28	1,103

Tabela 4 – Representação numérica e percentual; M e DP da Imagem

Em relação à “Qualidade Apercebida Global” (Tabela 5) os inquiridos consideram-na “boa” com 83,7% de concordâncias (M = 3,47; DP = 0,910).

1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
		Qualidade Apercebida	QAG	8	2,0	53	13,3	115	28,8	193	48,4	26	6,5		

Tabela 5 – Representação numérica e percentual; M e DP da Qualidade Apercebida Global

Quanto à Qualidade Apercebida das Instalações (Tabela 6) os inquiridos consideram mais favoravelmente a “limpeza e higiene” (QAPI1) do CS com concordâncias de 76,8% (M = 3,36; DP = 1,019) e menos favoravelmente o “conforto e comodidade” (QAPI2) com concordâncias de 66,5% (M = 3,18; DP = 1,109).

1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
		QAI	QAPI 1	16	4,0	77	19,3	89	22,3	182	45,5	36	9,0		
QAPI 2	23		5,8	107	26,8	86	21,5	144	36,0	40	10,0			3,18	1,109
QAPI 3	23		5,8	103	25,8	91	22,8	40	10,0	5	1,3			3,21	1,142
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
		QAGI	10	2,5	123	30,8	93	23,3	140	35,0	33	8,3	1		

Tabela 6 – Representação numérica e percentual; M e DP da Qualidade das instalações

Relativamente à qualidade apercebida do desempenho dos profissionais (Tabela 7) no que diz respeito ao pessoal Administrativo, os inquiridos valorizam mais a “confiança” com 76,3% de concordâncias ($M = 3,27$; $DP = 1,023$) e menos a “disponibilidade” com 63,6% de concordâncias ($M = 2,99$; $DP = 1,043$). Duma forma global os inquiridos consideram o desempenho do pessoal Administrativo “bom” com 76,5% de concordâncias ($M = 3,23$; $DP = 0,968$).

Quanto ao pessoal Médico, os inquiridos valorizam mais a “competência” com concordâncias de 89,6% ($M = 3,80$; $DP = 0,860$) e menos a “disponibilidade” com concordâncias de 69,6% ($M = 3,28$; $DP = 1,129$). Duma forma global os inquiridos consideram o desempenho do Médico “bom” com concordâncias de 85,1% ($M = 3,61$; $DP = 0,936$).

No que diz respeito ao pessoal de Enfermagem, a característica mais valorizada é a “competência” com concordâncias 86,9% ($M = 4,18$; $DP = 0,898$) e a menos valorizada é a “disponibilidade” (à semelhança do pessoal Administrativo e Médico) com concordâncias de 78,3% ($M = 3,82$; $DP = 1,146$). Duma forma global os inquiridos consideram o desempenho do pessoal de Enfermagem bom com concordâncias de 86,5% ($M = 4,07$; $DP = 0,977$).

Quanto ao desempenho global do Médico Especialista, dos inquiridos que responderam (35,7%), consideram o desempenho “muito bom”, com concordâncias de 35,3% ($M = 5,38$; $DP = 0,955$).

Em relação aos outros Técnicos de Saúde (Assistente Social; Nutricionista; Psicóloga e Higienista Oral), dos inquiridos que responderam (33,5%), consideram o desempenho destes Técnicos “muito bom” com concordâncias de 30,3% ($M = 5,25$; $DP = 1,182$).

Relativamente a outros profissionais (Auxiliar de Apoio e Vigilância e Segurança), dum forma global os inquiridos consideram o desempenho “bom” com concordâncias de 77,3% ($M = 3,99$; $DP = 1,117$).

1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPA	QAPA1	13	3,3	47	11,8	147	36,8	156	39,0	25	6,3	12	3,0	3,24	0,991
	QAPA2	22	5,5	107	26,8	115	28,8	123	30,8	32	8,0	1	,3	3,10	1,063
	QAPA3	17	4,3	70	17,5	140	35,0	141	35,3	24	6,0	8	2,0	3,27	1,023
	QAPA4	27	6,8	103	25,8	118	29,5	131	32,8	16	4,0	5	1,3	3,05	1,062
	QAPA5	25	6,3	116	29,0	123	30,8	117	29,3	14	3,5	5	1,3	2,99	1,043
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPAG		16	4,0	76	19,0	136	34,0	148	37,0	22	5,5	2	,5	3,23	0,968
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPM	QAPM1	2	,5	33	8,3	79	19,8	224	56,0	55	13,8	7	1,8	3,80	0,860
	QAPM2	18	4,5	84	21,0	68	17,3	169	42,3	54	13,5	6	1,5	3,44	1,140
	QAPM3	2	,5	50	12,5	84	21,0	205	51,3	54	13,5	5	1,3	3,69	0,918
	QAPM4	11	2,8	86	21,5	75	18,8	169	42,3	54	13,5	5	1,3	3,46	1,092
	QAPM5	15	3,8	102	25,5	101	25,3	125	31,3	52	13,0	5	1,3	3,28	1,129
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPMG		2	,5	54	13,5	107	26,8	178	44,5	55	13,8	4	1,0	3,61	0,936
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPE	QAPE1	1	,3	8	2,0	57	14,3	229	57,3	61	15,3	44	11,0	4,18	0,898
	QAPE2	1	,3	24	6,0	66	16,5	204	51,0	63	15,8	42	10,5	4,08	1,001
	QAPE3	1	,3	10	2,5	78	19,5	208	52,0	59	14,8	44	11,0	4,12	0,946
	QAPE4	3	,8	33	8,3	79	19,8	183	45,8	58	14,5	44	11,0	3,98	1,087
	QAPE5	3	,8	40	10,0	122	30,5	139	34,8	52	13,0	44	11,0	3,82	1,146
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAPEG		4	1,0	8	2,0	86	21,6	199	49,9	60	15,0	42	10,5	4,07	0,977
1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
OUTROS Prof.	QAME			2	,5	24	6,0	51	12,8	66	16,5	257	64,3	5,38	0,955
	QATS	2	,5	11	2,8	31	7,8	62	15,5	28	7,0	266	66,5	5,25	1,182
	QAOP	1	,3	33	8,3	90	22,5	180	45,0	39	9,8	57	14,3	3,99	1,117

Tabela 7 – Representação numérica e percentual; M e DP do desempenho dos profissionais

Quanto à qualidade relacional (Tabela 8) os inquiridos consideram-na “boa” com concordâncias de 93,1% (M = 3,68; DP = 0,760).

1-Muito Má 5- Muito Boa 6- Não sabe/Não responde		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
QAREL				19	4,8	132	33,3	213	53,3	26	6,5	9	2,3	3,68	0,760

Tabela 8 – Representação numérica e percentual; M e DP da qualidade relacional

No que diz respeito à acessibilidade (Tabela 9) os inquiridos valorizam mais o “horário de funcionamento” com concordâncias de 64,3% (M = 3,18; DP = 1,061) e valorizam negativamente o “tempo de espera pela consulta” com concordâncias de 65,1% (M = 2,42; DP = 0,980). Também se verifica uma avaliação negativa para o “sistema de marcação de consulta” com concordâncias de 54,6% (M = 2,66; DP = 1,099); com “o tempo de espera no dia da consulta”, com concordâncias de 62,3% (M = 2,45; DP = 0,885); e para o “atendimento telefónico” com concordâncias de 66% (M = 2,53; DP = 1,541).

Verifica-se ainda que 29% dos inquiridos que responderam à questão “como considera o serviço ao domicílio” consideram-no como “bom” como concordância de 25,1% (M = 5,33; DP = 1,179). No que respeita à avaliação global da acessibilidade os inquiridos consideram-na “boa” com concordâncias de 59,8% (M = 2,86; DP = 0,923).

		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
ACB	ACB1	12	3,0	123	30,8	74	18,5	171	42,8	12	3,0	8	2,0	3,18	1,061
	ACB2	37	9,3	181	45,3	90	22,5	78	19,5	1	,3	13	3,3	2,66	1,099
	ACB3	49	12,3	211	52,8	77	19,3	55	13,8	3	,8	5	1,3	2,42	0,980
	ACB4	37	9,3	212	53,0	92	23,0	55	13,8	3	,8	1	,3	2,45	0,885
	ACB5	66	16,5	99	24,8	91	22,8	121	30,3	7	1,8	16	4,0	2,88	1,277
	ACB6	26	6,5	92	23,0	120	30,0	132	33,0	20	5,0	10	2,5	3,15	1,108
	ACB7	37	9,3	124	31,0	115	28,8	102	25,5	15	3,8	7	1,8	2,89	1,110
	ACB8	12	3,0	102	25,5	164	41,0	98	24,5	14	3,5	10	2,5	3,08	0,991
	ACB9	106	26,5	158	39,5	50	12,5	36	9,0	6	1,5	44	11,0	2,53	1,541
	ACB10	3	,8	13	3,3	24	6,0	53	13,3	23	5,8	284	71,0	5,33	1,179
	ACBG	17	4,3	143	35,8	126	31,5	108	27,0	5	1,3	1	,3	2,86	0,923

Tabela 9 – Representação numérica e percentual; M e DP da acessibilidade

Em relação ao valor apercebido (Tabela 10) verifica-se que grande parte dos inquiridos não sabe responder porque está isento de pagamento de taxas. Verifica-se que os respondentes (60%) concordam que “as taxas e preços são exagerados” com concordâncias de 48,4% (M = 4,60; DP = 1,411) e dos 59,3% que respondem, discordam que “o montante das taxas moderadoras são aceitáveis” com concordância de 39% (M = 3,87; DP = 1,935).

1-Discordo Totalmente 5- Concordo Totalmente 6- Não sabe/Não paga		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
VAP	VAP1	40	10,0	116	29,0	29	7,3	49	12,3	5	1,3	161	40,3	3,87	1,935
	VAP2	5	1,3	42	10,5	33	8,3	109	27,3	51	12,8	160	40,0	4,60	1,411
	VAP3	27	6,8	69	17,3	88	22,0	39	9,8	6	1,5	171	42,8	4,10	1,800
	VAP4	11	2,8	61	15,3	78	19,5	73	18,3	9	2,3	168	42,0	4,28	1,628

Tabela 10 – Representação numérica e percentual; M e DP do valor apercebido

No que concerne às expectativas (Tabela 11) os inquiridos acreditam na “competência dos profissionais” com concordâncias de 85,3% (M = 3,48; DP = 0,861) e valorizam menos a “preocupação com o atendimento” com concordâncias de 55,8% (M = 2,97; DP = 1,116).

1-Discordo Totalmente 5- Concordo Totalmente 6- Não sabe/Não paga		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
EXP	EXP1	21	5,3	78	19,0	97	24,3	184	46,0	5	1,3	17	4,3	3,32	1,093
	EXP2	20	5,0	89	22,3	104	26,0	171	42,8	1	,3	15	3,8	3,22	1,073
	EXP3	7	1,8	45	11,3	124	31,0	206	51,5	11	2,8	7	1,8	3,48	0,861
	EXP4	24	6,0	143	35,8	82	20,5	132	33,0	9	2,3	10	2,5	2,97	1,116

Tabela 11 – Representação numérica e percentual; M e DP das expectativas

Quanto à lealdade (Tabela 12) os inquiridos confirmam a intenção de se manter leais com de concordâncias 70,1% (M = 3,56; DP = 1,293).

1-Discordo Totalmente 5- Concordo Totalmente 6- Não sabe/Não se aplica		1		2		3		4		5		6		M	DP
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
LEAL		34	8,5	55	13,8	61	15,3	185	46,3	34	8,5	31	7,8	3,56	1,293

Tabela 12 – Representação numérica e percentual; M e DP da lealdade

No que concerne às reclamações (Tabela 13) e relativamente à questão se “alguma vez apresentou reclamação verbal ou por escrito” conclui-se que apenas 8,5% dos inquiridos o fizeram.

		F	%
Alguma vez apresentou reclamação verbal ou escrita?	Sim	34	8,5
	Não	366	91,5
	Total	400	100,0

Tabela 13 – Representação numérica e percentual relativa à questão apresentou reclamação

Dos 8,5% dos inquiridos que responderam afirmativamente (Tabela 14) que já apresentaram reclamação, 4,8% consideram que foi “muito mal resolvida” e 2,3% “mal resolvida”, ou seja, 7,1% dos 8,5% não ficaram satisfeitos com a resolução das reclamações.

1-Muito mal resolvida 5- Muito bem resolvida 6-Não sabe/Não se aplica	1		2		3		4		5		6	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Se Sim como avalia a forma como foi resolvida?	19	4,8	9	2,3	1	4	1	,3	3	,8	366	91,5

Tabela 14 – Representação numérica e percentual relativa à avaliação da resolução da reclamação

Em relação à questão “se apresentasse reclamação como acha que seria resolvida” os inquiridos consideraram (Tabela 15) que seria “resolvida” e “bem resolvida” com concordâncias de 35,9% (M = 3,96; DP = 1,828). De salientar que 38,8% dos respondentes referiram “não saber como seria resolvida”.

1-Muito mal resolvida 5- Muito bem resolvida 6- Não sabe/Não se aplica	1		2		3		4		5		6		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Se apresentasse reclamação no CS como acha que seria resolvida?	44	11,0	58	14,5	83	20,8	57	14,3	3	,8	155	38,8	3,96	1,828

Tabela 15 – Representação numérica e percentual relativa à avaliação da resolução da reclamação

Quanto à recomendação (Tabela 16) verifica-se que os inquiridos têm intenção de recomendar com concordâncias de 71,3% (M = 3,56; DP = 1,263).

1-Discordo Totalmente 5- Concordo Totalmente 6- Não sabe/Não se aplica	1		2		3		4		5		6		M	DP
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
RECOM	34	8,5	54	13,5	51	12,8	202	50,5	32	8,0	27	6,8	3,56	1,263

Tabela 16 – Representação numérica e percentual; M e DP da recomendação

3.2.2 Análise Multivariada dos resultados: Análise Factorial

A análise factorial (Vilares e Coelho, 2005) engloba vários procedimentos estatísticos para redução de dados e procura identificar correlações entre um conjunto de variáveis.

Os autores, consideram que as técnicas estatísticas multivariadas foram desenvolvidas com o intuito de permitir a análise em simultâneo de grupos de variáveis particularmente aplicáveis para a análise de fenómenos humanos, designadamente a medição de atitudes e percepções, habitualmente presentes em estudos de satisfação do cliente. Enumeram dois métodos que estão associadas às técnicas estatísticas multivariadas, os descritivos e os explicativos. Os autores consideram que a diferença essencial entre os modelos descritivos e os modelos explicativos reside em que, enquanto no primeiro caso a tónica está em descrever de modo sintético a estrutura dos resultados, nos modelos explicativos, a tónica está em modelar um fenómeno para melhor o compreender (Vilares e Coelho, 2005, p. 150).

Também Pestana e Gageiro (2005) referem-se à análise factorial como um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever.

Também Fortin (2000, p. 232) considera que a análise factorial é o modo de “determinar correlações entre os enunciados e os grupos de enunciados a fim de destacar factores que expliquem estas correlações.

Para a extração dos factores é utilizado o método de análise dos componentes principais (ACP), que permite transformar as variáveis quantitativas e correlacionadas num conjunto menor de variáveis não correlacionadas e designadas por componentes principais (Vilares e Coelho, 2005; Pestana e Gageiro, 2005).

Hill e Hill (2005, p. 226) consideram que a análise de componentes principais tem como objectivo principal analisar a variância total de cada uma das variáveis, que pode ser decomposta em três partes: variância comum (variância partilhada com as outras variáveis do conjunto com as quais as variáveis estão correlacionadas); variância específica (variância que só pertence à variável e que não é partilhada com as outras variáveis do conjunto); e variância associada com o erro. A correlação entre duas variáveis só depende da variância comum e o objectivo principal da análise factorial é analisar a variância comum num conjunto de variáveis, para explicar as correlações entre essas variáveis.

As componentes deste estudo são obtidas pela matriz de correlações, onde a soma das variâncias das componentes principais se iguala ao número de variáveis. Os coeficientes para cada variável deve ser ou muito grande ou muito pequeno, quando são muito elevados identificam qual o factor a que cada variável se associa. No caso de ser intermédios indica que pode estar associado a mais que um factor, causando problemas de interpretação. O valor destes coeficientes deve ser maior ou igual a 0,5, para terem significância, com pelo menos 25% da variância (Pestana e Gageiro, 2005).

Segundo os mesmos autores neste tipo de análise é possível determinar quantos factores comuns possibilitam uma boa interpretação dos resultados e explica a variância explicada por cada factor. Neste estudo a determinação dos factores comuns é efectuada através do critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

O KMO¹⁰ é uma estatística que varia entre zero e um e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Pestana e Gageiro (2005) consideram que quando esta tem um valor próximo de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, e próximo de zero indica uma correlação fraca, e a análise factorial pode ser inapropriada, assim apresentam, dois procedimentos estatísticos, o KMO e o teste de Bartlett para aferir a qualidade das correlações entre variáveis.

O *alpha* de Cronbach, que é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), é também utilizado neste estudo. Como refere Fortin (2000) o *alpha* de Cronbach é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento de *scores*, como na escala de *Likert*. O cálculo do coeficiente *alpha* permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. No mesmo sentido, Pestana e Gageiro (2005, p. 526) definem o *alpha* de Cronbach como a “correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica”¹¹.

LXXXVI

¹⁰ KMO entre 0,9-1: análise factorial muito boa; KMO entre 0,8-0,9: análise factorial boa; KMO entre 0,7-0,8: análise factorial média; KMO entre 0,6-0,7: análise factorial razoável; KMO entre 0,5-0,6: análise factorial má; KMO <0,5: análise factorial inaceitável.

¹¹ *Alpha* varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: Muito boa – *alpha* superior a 0,9; Boa – *alpha* entre 0,8 e 0,9; Razoável – *alpha* entre 0,7 e 0,8; Fraca – *alpha* entre 0,6 e 0,7; Inadmissível – *alpha* < 0,6

3.2.2.1 Dados do Centro Saude Aldoar

Na sequência apresenta-se os dados, separados por variáveis (factores) e na análise consideram-se 41 variáveis, distribuídas em 4 factores (imagem, qualidade apercebida, valor apercebido, expectativas), que serão analisados separadamente, através da análise *Alpha* e Factorial.

3.2.2.1.1 Imagem

Para este factor (variável subjacente) considerou-se cinco componentes (IMAG1, IMAG2, IMAG3, IMAG4 e IMAG5), cuja pretensão é integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativa à imagem do CS.

Na opinião de Pestana e Gageiro (2005) os componentes devem ter o valor mínimo de 0,5 na matriz de correlações (Tabela 17). Verifica-se que existem quatro componentes com valores inferiores (0,384; 0,422; 0,472 e 0,483), mas isso não causa problema na interpretação, pois o valor de *Bartlett* com *sig* = 0,000 significa que existe correlação entre as variáveis e os resultados obtidos são considerados de nível médio $KMO = 0,763$.

O valor de *Alpha* é de 0,851, o que traduz uma boa consistência interna, verificando-se que se for eliminado o componente IMAG4 o valor do *alpha* melhora para 0,862, permanecendo no patamar de bom. Depois de retirado o componente IMAG4, a análise factorial através dos componentes principais, mostra que é extraído um componente (Imagem) que explica 71,26% da variância. O valor de $KMO = 0,750$ continua de nível médio. O componente IMAG1 é o que apresenta maior correlação com os restantes, antes e depois de retirar o componente IMAG4 (0,782).

KMO	Alpha						Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
0,763	0,851	IMAG1	1,000				,756	,803
		IMAG2	,648	1,000			,631	,829
		IMAG3	,709	,500	1,000		,727	,804
		IMAG4	,472	,519	,384	1,000	,549	,862
		IMAG5	,614	,422	,784	,483	1,000	,713

Tabela 17 – Matriz de correlações do factor Imagem

3.2.2.1.2 Qualidade apercebida

A qualidade apercebida inclui cinco dimensões (qualidade apercebida das instalações (QAPI); qualidade apercebida do desempenho do pessoal Administrativo (QAPA); qualidade apercebida do desempenho do pessoal Médico (QAPM); qualidade apercebida do desempenho do pessoal Enfermagem (QAPE) e qualidade apercebida dos serviços (ACB) que iremos analisar separadamente.

Qualidade apercebida das instalações (QAPI)

Em relação a este factor considerou-se tres componentes (QAI1; QAI2 e QAI3) que pretende integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativas às instalações do CS

Verifica-se que não existe nenhum factor com valores inferiores a 0,5. Existe correlação positiva e significativa entre as variáveis (*Bartlett* com $sig = 0,000$) e os resultados obtidos são considerados de nível médio ($KMO = 0,756$) (Tabela 18).

O valor de *Alpha* é de 0,907, o que traduz uma muito boa consistência interna. O componente QAI3 é o que apresenta maior correlação com os restantes.

A análise factorial mostra que é extraído um componente QAI, que explica 84,45% da variância total.

KMO	Alpha				Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado	
0,756	0,907	QAI1	1,000			,803	,879
		QAI2	,755	1,000		,821	,861
		QAI3	,761	,784	1,000	,825	,859

Tabela 18 – Matriz de correlações do factor QAI

Qualidade apercebida do desempenho do pessoal Administrativo (QAPA)

Em relação a este factor considerou-se cinco componentes (QAPA1; QAPA2; QAPA3; QAPA4 e QAPA5) que pretende integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativa ao desempenho do pessoal Administrativo do CS.

Verifica-se que não existe nenhum factor com valores inferiores a 0,5. Existe correlação positiva e significativa entre as variáveis (*Bartlett* com *sig* = 0,000) e os resultados obtidos são considerados de nível bom (*KMO* = 0,839) (Tabela 19).

O valor de *Alpha* é de 0,930, o que traduz uma muito boa consistência interna. Verifica-se que ao eliminar o componente QAPA1, o valor de *Alpha* melhora ligeiramente, mas não se considera a exclusão. O componente QAPA4 é o que apresenta maior correlação com os restantes. A análise factorial mostra que é extraído um componente QAPA que explica 78,14% da variância.

KMO	Alpha						Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
0,839	0,930	QAPA1	1,000				,715	,932
		QAPA2	,629	1,000			,833	,910
		QAPA3	,787	,731	1,000		,829	,911
		QAPA4	,608	,821	,728	1,000	,866	,904
		QAPA5	,588	,770	,704	,886	1,000	,833

Tabela 19 – Matriz de correlações do factor QAPA

Qualidade apercebida do desempenho do pessoal Médico (QAPM)

Em relação a este factor considerou-se cinco componentes (QAPM1; QAPM2; QAPM3; QAPM4 e QAPM5) que pretende integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativa ao desempenho do pessoal Médico do CS.

Verifica-se que não existe nenhum factor com valores inferiores a 0,5. Existe correlação positiva e significativa entre as variáveis (*Bartlett* com *sig* = 0,000) e os resultados obtidos são considerados de nível bom (*KMO* = 0,882) (Tabela 20).

O valor de *Alpha* é de 0,943, o que traduz uma muito boa consistência interna. Verifica-se que o valor de *Alpha* melhora para 0,951 ao retirar o componente QAPM1. Depois de retirado este componente, a análise factorial mostra que é extraído um componente QAPM que explica 87,67% da variância total. O valor de *KMO* = 0,864 continua de nível bom. O componente QAPM4 é o que apresenta maior correlação com os restantes.

KMO	Alpha						Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
0,882	0,943	QAPM1	1,000				,725	,951
		QAPM2	,644	1,000			,870	,927
		QAPM3	,765	,798	1,000		,879	,926
		QAPM4	,685	,875	,843	1,000	,920	,916
		QAPM5	,637	,822	,786	,880	1,000	,866

Tabela 20 – Matriz de correlações do factor QAPM

Qualidade apercebida do desempenho do pessoal Enfermagem (QAPE)

Em relação a este factor considerou-se cinco componentes (QAPE1; QAPE2; QAPE3; QAPE4 e QAPE5) que pretende integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativa ao desempenho do pessoal de Enfermagem do CS.

Verifica-se que não existe nenhum factor com valores inferiores a 0,5. Existe correlação entre as variáveis (Bartlett com $sig = 0,000$) e os resultados obtidos são considerados de nível bom (KMO = 0,866) (Tabela 21).

O valor de *Alpha* é de 0,966, o que traduz uma muito boa consistência interna. Verifica-se que ao retirar o factor QAPE1 o valor de *Alpha* melhora mas mantém-se de nível muito bom, não se considera a retirada do factor. O componente QAPE4 é o que apresenta maior correlação com os restantes. A análise factorial mostra que é extraído um componente QAPE, que explica 88,61% da variância total.

KMO	Alpha						Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
0,866	0,966	QAPE1	1,000				,852	,967
		QAPE2	,816	1,000			,915	,956
		QAPE3	,876	,881	1,000		,924	,955
		QAPE4	,784	,897	,880	1,000	,934	,953
		QAPE5	,794	,859	,854	,934	1,000	,914

Tabela 21 – Matriz de correlações do factor QAPM

Qualidade apercebida dos serviços do CS (Acessibilidade (ACB))

Em relação a este factor considerou-se dez componentes (ACB1; ACB2; ACB3; ACB4; ACB5; ACB6; ACB7; ACB8; ACB9; ACB10) que pretende integrar todo o tipo de associações que os utentes fazem relativa aos serviços prestados pelo CS.

Verifica-se que existem numerosos factores com valores inferiores a 0,5. Existe correlação entre as variáveis (Bartlett com $sig = 0,000$) e os resultados obtidos são considerados de nível bom (KMO = 0,849) (Tabela 22).

O valor de *Alpha* é de 0,819, o que traduz uma boa consistência interna. Verifica-se que o valor de *Alpha* melhora (0,864) ao retirar o factor ACB10 e melhora ainda mais ao retirar o factor ACB9 (0,889). Depois da retirada dos factores, a análise factorial mostra que é extraído dois componentes ACBL1 e ACBL2 que explicam 71,35% da variância total. O valor de KMO = 0,847 continua de nível bom. O componente ACB7 é o que

apresenta maior correlação com os restantes antes e depois da eliminação dos dois factores.

											Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
ACB1	1										,553	,798
ACB2	,429	1									,611	,791
ACB3	,400	,730	1								,638	,791
ACB4	,424	,622	,793	1							,643	,792
ACB5	,325	,367	,357	,380	1						,573	,794
ACB6	,462	,397	,392	,420	,753	1					,674	,784
ACB7	,560	,575	,571	,589	,494	,563	1				,729	,778
ACB8	,471	,459	,466	,505	,475	,607	,661	1			,705	,784
ACB9	,235	,163	,210	,253	,181	,222	,276	,357	1		,312	,833
ACB10	-,082	-,114	-,163	-,244	-,012	-,019	-,130	-,041	-,009	1	-,117	,864

Tabela 22 – Matriz de correlações do factor ACB

3.2.2.1.3 Valor apercebido (VAP)

Para este factor, considerou-se quatro componentes (VAP1, VAP2, VAP3 e VAP4). Não existem componentes com valores inferiores a 0,5. Existe correlação entre as variáveis (Bartlett com $sig = 0,000$) e os resultados obtidos são considerados de nível médio (KMO = 0,787) (Tabela 23).

O valor de *Alpha* é de 0,911, o que traduz uma muito boa consistência interna. Verifica-se que ao retirar o factor VAP2 o valor de Alpha melhora para 0,939. Retirado o factor, a análise factorial mostra que é extraído um componente VAP que explica 89,45% da variância total. O valor de KMO = 0,770 continua de nível médio. No final o factor que apresenta maior correlação com os restantes é o factor VAP1 (0,889).

KMO	Alpha							Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado
0,787	0,911	VAP1	1,000					,839	,873
		VAP2	,518	1,000				,626	,939
		VAP3	,848	,636	1,000			,880	,855
		VAP4	,851	,632	,826	1,000		,880	,857

Tabela 23 – Matriz de correlações do factor Valor apercebido

3.2.2.1.4 Expectativas

Para este factor, considerou-se quatro componentes (EXP, EXP2, EXP3 e EXP4), Não existem componentes com valores inferiores a 0,5. Existe correlação positiva entre as variáveis (Bartlett com $sig = 0,000$) e os resultados obtidos são considerados de nível bom (KMO = 0,827) (Tabela 24).

O valor de *Alpha* é de 0,910, o que traduz uma muito boa consistência interna. Consta-se que ao retirar o factor EXP4, o valor de *Alpha* melhora pouco, não se considera a retirada do factor. Existe um factor que apresenta maior correlação com os restantes (EXP2). A análise factorial mostra que é extraído um componente EXP1 que explica 79,67% da variância total.

KMO	Alpha					Correlação total - Item	Alpha com o item eliminado	
0,827	0,910	EXP1	1,000			,825	,873	
		EXP2	,837	1,000		,845	,865	
		EXP3	,745	,762	1,000		,819	,883
		EXP4	,646	,669	,708	1,000	,725	,911

Tabela 24 – Matriz de correlações do factor Expectativas

3.3 Confirmação das Hipóteses: Regressão Linear

No capítulo da metodologia formularam-se 18 hipóteses com o objectivo de descrever os antecedentes da satisfação dos utentes do CSA (imagem, qualidade apercebida, valor apercebido e expectativas) e os seus consequentes (lealdade, reclamações e recomendação) e como se relacionam.

Vilares e Coelho (2005) consideram que nos estudos de satisfação do cliente o modelo de regressão linear constitui a especificação mais utilizada. O comportamento de uma variável, dita dependente ou explicada (por exemplo a satisfação global do cliente), é uma função linear de um conjunto de determinantes, ditas variáveis explicativas ou independentes.

Na opinião de Pestana e Gageiro (2005) a regressão linear permite encontrar a recta que melhor representa a relação entre duas variáveis e é usado para:

(...) prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza essencialmente intervalo ou rácio, (variáveis independentes ou X's) informando sobre a margem de erro dessas previsões (Pestana e Gageiro, 2005, p. 559).

O modelo de regressão pode ser simples (MRLS)¹², “(...) que analisa a relação entre duas variáveis de natureza quantitativa X e Y, cuja tendência é aproximadamente representada por uma linha recta” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 586) ou múltiplo (MRLM) que “(...) é uma técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre uma variável dependente (Y) e um conjunto de variáveis independentes (X's)” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 586).

Hill e Hill (2000) referem que a regressão múltipla visa prever valores de uma variável dependente a partir de uma combinação ponderada de duas ou mais variáveis independentes donde decorre o cálculo de um coeficiente de correlação múltipla entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes, conhecido por coeficiente de correlação de *Pearson*. Com efeito, para se compreender a relação entre as variáveis, é calculado um coeficiente de correlação, pois é uma estatística descritiva que indica a natureza da relação entre os valores de duas variáveis, em que o valor do coeficiente deve oscilar no intervalo [-1 e +1] (Hill e Hill, 2000). Este teste é aplicado quando as variáveis são medidas por uma escala de intervalo ou rácio (variáveis métricas) e a sua relação é linear (ou pelo menos, não claramente não-linear).

Na sequência, apresenta-se as correlações decorrentes dos testes realizados em cada uma das hipóteses.

Para a confirmação da hipótese H1 (A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva com uma associação linear alta ($R = 0,757$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 25). Segundo Pestana e Gageiro (2005), em ciências exactas, sugere-se que R com valor entre 0,7 e 0,89 indica uma associação linear alta.

XCIII _____

¹² R < 0,2 muito baixa; R entre 0,2 e 0,39 baixa; R entre 0,4 e 0,69 moderada; R entre 0,7 e 0,89 alta e entre 0,9 e 1 muito alta (Pestana e Gageiro, 2005).

		Imagem	Satisfação Global
Imagem	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,757
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 25 – Correlações Imagem/Satisfação global

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 26) pode dizer-se que um aumento no valor da imagem a satisfação global aumenta em até 0,749 e para uma imagem institucional nula a satisfação média é de -2,60.

A hipótese confirma-se: a imagem institucional tem um impacto positivo e significativo na satisfação global.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	-2,602	,117		-22,227	,000
Satisfação Global	,749	,032	,757	23,147	,000

Tabela 26 – Coeficientes Imagem/Satisfação global

Para a confirmação da hipótese H2 (A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente), pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear moderada ($R = 0,512$) (Tabela 27).

		Imagem	Lealdade
Imagem	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,512
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 27 – Correlações Imagem/Lealdade

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 28) pode dizer-se que um aumento no valor da imagem, a intenção de lealdade aumenta em até 0,396. Para uma imagem institucional nula a lealdade média é de -1,408.

A hipótese confirma-se: a imagem institucional tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-1,408	,126		-11,170	,000
Lealdade	,396	,033	,512	11,883	,000

Tabela 28 – Coeficientes Imagem/Lealdade

Para a confirmação da hipótese H3 (A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente), pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear moderada ($R = 0,577$) (Tabela 29).

		Imagem	Recomendação
Imagem	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,577
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 29 – Correlações Imagem/Recomendação

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 30) verifica-se que um aumento no valor da imagem, a intenção de recomendação aumenta em até 0,457. Para uma imagem institucional nula, a intenção de recomendação média é de -1,626.

Confirma-se a hipótese: a imagem institucional tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-1,626	,123		-13,272	,000
Recomendação	,457	,032	,577	14,079	,000

Tabela 30 – Coeficientes Imagem/Recomendação

Para a confirmação da hipótese H4 (A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo nas expectativas do utente), pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear moderada ($R = 0,689$) (Tabela 31).

		Imagem	Expectativas
Imagem	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,689
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 31 – Correlações Imagem/Expectativas

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 32) pode dizer-se que um aumento no valor da imagem, as expectativas do utente aumenta em até 0,669.

A hipótese confirma-se: a imagem institucional tem um impacto positivo e significativo nas expectativas do utente.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	1,64E-016	,037		,000	1,000
Expectativas	,669	,037	,669	17,940	,000

Tabela 32 – Coeficientes Imagem/Expectativas

H5: A satisfação global em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente da:

H5:1 qualidade apercebida das instalações (QAPI);

H5:2 da qualidade do desempenho dos Administrativos (QAPA);

H5:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H5:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H5:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H5:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1);

H5:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

Esta hipótese refere-se à satisfação global com os serviços prestados pelo CS. Da análise factorial em relação à acessibilidade, foram extraídos dois componentes que designamos por ACBL1 que diz respeito à acessibilidade à consulta e ACBL2 que diz respeito à acessibilidade ao CS.

Para a confirmação da hipótese H5 pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva entre a satisfação global e as variáveis independentes. Entre a satisfação global e a QAPI, a QAPA, a QAPM, a QAREL, a ACBL1 e a ACBL2, a associação linear é moderada com correlações respectivas de $R = 0,579$; $R = 0,595$; $R = 0,600$; $R = 0,518$;

$R = 0,507$ e uma associação linear baixa entre a satisfação global e a QAPE ($R = 0,247$) e a ACBL2 ($R = 0,334$). Todas as associações são significativas ($P < 0,000$) (Tabela 33).

		SATIS FG	QAPI	QAPA	QAPE	QAPM	QAPREL	ACB1	ACB2
Satisfação Global	Correlação Pearson	1,000	,579	,595	,247	,600	,518	,507	,334
	Sig.	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tabela 33 – Correlações, Satisfação global/Qualidade apercebida

De acordo com os dados da Tabela 34 podemos afirmar que as variáveis que explicam a satisfação global dos utentes são: a QAPI ($B = 0,258$); a QAPM ($B = 0,251$) e a QAPA ($B = 0,162$). As restantes variáveis não são significativas e não têm representação sustentável na satisfação global do utente. Com base nestes dados é possível confirmar as hipóteses $H5:1$ $H5:2$ $H5:4$, e concluir que o tem maior peso na satisfação dos utentes do CS é a qualidade apercebida das instalações, da qualidade do desempenho do pessoal Administrativo e do desempenho do pessoal Médico.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	3,109	,259		12,014	,000
QAPI	,263	,046	,260	5,731	,000
QAPA	,164	,054	,162	3,056	,002
QAPE	-,021	,039	-,021	-,544	,586
QAPM	,225	,055	,222	4,109	,000
QAPREL	,099	,070	,074	1,417	,157
ACB1	,181	,046	,180	3,908	,082
ACB2	,051	,046	,050	1,113	,266

Tabela 34 – Coeficientes, Satisfação global/Qualidade apercebida

Para a confirmação da hipótese $H6$ (A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear alta ($R = 0,789$) (Tabela 35).

		QAPG	SATISFG
QAPG	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,789
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 35 – Correlações, Qualidade percebida global/Satisfação global

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 36) pode dizer-se que um aumento na qualidade apercebida global, a satisfação global do utente aumenta em até 0,709. Para uma qualidade apercebida nula, a satisfação global aumenta em 1,007.

A hipótese confirma-se: a qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	1,007	,100		10,052	,000
Satisfação Global	,709	,028	,789	25,602	,000

Tabela 36 – Coeficientes, Qualidade percebida global/Satisfação global

Para a confirmação da hipótese H7 (A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo no valor apercebido) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear baixa ($R = 0,248$) (Tabela 37).

		QAPG	Valor apercebido
QAPG	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,248
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 37 – Correlações, Qualidade percebida global/Valor apercebido

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 38) pode dizer-se que um aumento na qualidade apercebida global, o valor apercebido aumenta em até 0,226. Para uma qualidade apercebida nula o valor apercebido aumenta 3,470.

Confirma-se a hipótese: a qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo no valor apercebido pelo utente.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	3,470	,044		78,723	,000
Valor apercebido	,226	,044	,248	5,114	,000

Tabela 38 – Coeficientes, Qualidade percebida global/Valor apercebido

Para a confirmação da hipótese H8 (O valor apercebido tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva e significativa ($P < 0,000$) com uma associação linear baixa ($R = 0,283$) (Tabela 39).

		ValorA	Satisfação global
ValorA	Correlação Pearson	1,000	,283
	Sig.		,000

Tabela 39 – Correlações, Valor apercebido /Satisfação global

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 40) pode dizer-se que um aumento no valor apercebido aumenta a satisfação global em até 0,280. Para um valor apercebido nulo a satisfação global aumenta em -0,972.

A hipótese confirma-se: o valor apercebido tem um impacto positivo e significativo na satisfação global.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-,972	,172		-5,654	,000
Satisfação global	,280	,048	,283	5,888	,000

Tabela 40 – Coeficientes, Valor apercebido /Satisfação global

H9: O valor apercebido é positivo, directo e significativamente dependente

H9:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis));

H9:2 da qualidade do desempenho dos profissionais Administrativos (QAPA);

H9:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H9:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H9:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H9:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1).

H9:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

Para a confirmação da hipótese H9 pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva entre o valor apercebido e as sete variáveis independentes. Entre o valor apercebido e a QAPI, a QAPA, a QAPM, a QAPREL e ACBL1, a associação linear é baixa com correlações respectivas de $R = 0,337$; $R = 0,290$; $R = 0,351$; $R = 0,248$; $R = 0,245$. Entre o valor apercebido e a QAPE ($R = 0,113$) e a ACBL2 ($R = 0,162$), a associação linear é muito baixa. Todas as associações são significativas com ($P < 0,000$) (Tabela 41).

		Valor A	QAP I	QAPA	QAPE	QAP M	QAPREL	ACB1	ACB2
Valor apercebido	Correlação Pearson	1,000	,337	,290	,113	,351	,248	,245	,162
	Sig.	.	,000	,000	,012	,000	,000	,000	,001

Tabela 41 – Correlações, Valor apercebido/Qualidade apercebida

De acordo com os dados da Tabela 42, podemos afirmar que as variáveis que explicam o valor apercebido dos utentes, é a QAPI ($B = 0,212$) e a QAPM ($B = 0,248$). As restantes variáveis não são significativas e não têm representação sustentável no valor apercebido pelo utente. Pode afirmar-se que um aumento na QAPI, aumenta o valor apercebido em até 0,212. Para um aumento na QAPM, aumenta o valor apercebido em até 0,248. Para uma QAPI e QAPM nulas, o valor apercebido médio é de (- 0,008).

Com base nestes dados, é possível confirmar as hipóteses H9:1 H9:4 e concluir que o que tem mais peso no valor apercebido dos utentes do CS é a qualidade apercebida das instalações e a qualidade do desempenho do pessoal Médico.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-,008	,339		-,023	,982
QAPI	,212	,060	,212	3,534	,000
QAPA	,024	,070	,024	,345	,730
QAPE	-,051	,052	-,051	-,986	,325
QAPM	,248	,072	,248	3,470	,001
QAPREL	,002	,091	,002	,023	,982
ACBL1	,028	,061	,028	,460	,646
ACBL2	-,024	,060	-,024	-,402	,688

Tabela 42 – Coeficientes, Valor apercebido/Qualidade apercebida

Para a confirmação da hipótese H10 (As expectativas têm um impacto positivo e significativo no valor apercebido) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva com uma associação linear baixa ($R = 0,317$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 43).

		Expectativas	Valor Apercebido
Expectativas	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,317
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 43 – Correlações, Expectativas/Valor Apercebido

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 44) pode dizer-se que um aumento nas expectativas aumenta o valor apercebido em até 0,317. Para uma unidade de expectativas nula, o valor apercebido aumenta em média até 1,22E-017.

A hipótese confirma-se: as expectativas têm um impacto positivo e significativo no valor apercebido.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	1,22E-017	,047		,000	1,000
Valor Apercebido	,317	,048	,317	6,658	,000

Tabela 44 – Coeficientes, Expectativas/Valor Apercebido

Para a confirmação da hipótese H11 (As expectativas têm um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva com uma associação linear moderada ($R = 0,573$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 45).

		Expectativas	Satisfação global
Expectativas	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,573
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 45 – Correlações, Expectativas/Satisfação global

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 46) pode dizer-se que um aumento nas expectativas aumenta a satisfação global em até 0,573. Para uma unidade de expectativas nula, a satisfação global aumenta em média até -1,969.

Confirma-se a hipótese: as expectativas têm um impacto positivo e significativo na satisfação global.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	-1,969	,147		-13,402	,000
Satisfação global	,567	,041	,573	13,957	,000

Tabela 46 – Coeficientes, Expectativas/Satisfação global

H12: As expectativas em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente

H12:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis));

H12:2 da qualidade do desempenho dos profissionais Administrativos (QAPA);

H12:3 da qualidade do desempenho dos Enfermeiros (QAPE);

H12:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM);

H12:5 da qualidade de relacionamento (QAREL);

H12:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1);

H12:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2).

Para a confirmação da hipótese H12 pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva entre as expectativas e as variáveis independentes. Entre as expectativas e a QAPI, a QAPA, a QAPM, a QAREL, e a ACB1, a associação linear é moderada com correlações respectivas de $R = 0,516$; $R = 0,582$; $R = 0,609$; $R = 0,579$; $R = 0,517$ e entre as expectativas e a QAPE ($R = 0,298$) e a ACB2 ($R = 0,389$) a associação linear é baixa. Todas as associações são significativas ($P < 0,000$) (Tabela 47).

		SATIS FG	QAP I	QAP A	QAP E	QAP M	QAPR EL	ACB1	ACB2
Expectativa	Correlação Pearson	1,000	,516	,582	,298	,609	,579	,517	,389
	Sig.	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tabela 47 – Correlações, Expectativas/Qualidade apercebida

Com base nestes dados confirma-se as hipóteses H12:1 H12:2 H12:4 H12:5 H12:6 H12:7 e pode afirmar-se que o peso das variáveis nas expectativas dos utentes do CS é por ordem decrescente, a acessibilidade à consulta (ACB1) ($B = 0,244$); a qualidade do desempenho Médico (QAPM) ($B = 0,176$); a qualidade relacional QAREL ($B = 0,165$); a acessibilidade ao CS (ACB2) ($B = 0,141$); qualidade das instalações QAI ($B = 0,132$); qualidade do desempenho Administrativo (QAPA) ($B = 0,109$). H12:3 que diz respeito à qualidade do desempenho de Enfermagem não se confirma.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-,801	,255		-3,147	,002
QAPI	,132	,045	,132	2,930	,004
QAPA	,109	,053	,109	2,068	,039
QAPE	,039	,039	,039	1,014	,311
QAPM	,176	,054	,176	3,266	,001
QAPREL	,218	,068	,165	3,177	,002
ACB1	,244	,046	,244	5,343	,000
ACB2	,141	,045	,141	3,129	,002

Tabela 48 – Coeficientes, Expectativas/Qualidade apercebida

Para a confirmação da hipótese H13 (A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente) pode afirmar-se que existe uma relação

linear positiva com uma associação linear moderada ($R = 0,490$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 49).

		Satisfação global	Lealdade
Satisfação global	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,490
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 49 – Correlações, Satisfação global/Lealdade

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 50) pode dizer-se que um aumento na satisfação global aumenta a intenção de lealdade em até 0,567.

Confirma-se a hipótese: a satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	-1,969	,147		-13,402	,000
Satisfação global	,567	,041	,573	13,957	,000

Tabela 50 – Coeficientes, Satisfação global/Lealdade

Para a confirmação da hipótese H14 (A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva com uma associação linear moderada ($R = 0,549$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 51).

		Satisfação global	Recomendação
Satisfação global	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,549
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 51 – Correlações, Satisfação global/recomendação

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 52) pode dizer-se que um aumento na satisfação global aumenta a intenção de recomendação em até 0,439.

A hipótese confirma-se: a satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	1,907	,127		15,048	,000
Satisfação global	,439	,034	,549	13,106	,000

Tabela 52 – Coeficientes, Satisfação global/Recomendação

Para a confirmação da hipótese H15 (A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na não formalização de reclamações e na opinião sobre a resolução das mesmas), pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva com uma associação linear muito baixa ($R = 0,196$) para a não formalização de reclamações e uma associação baixa para a opinião sobre a resolução das reclamações. As associações são significativas ($P < 0,000$) (Tabela 53).

		Satisfação global	Não formalização Reclamações	Opinião sobre Resolução Reclamações
Satisfação global	Correlação Pearson	1,000	,196	,287
	Sig.		,000	,000

Tabela 53 – Correlações, Satisfação global/formalização de reclamações e opinião sobre Resolução mesmas

Os coeficientes de B (Tabela 54) para as variáveis não formalização de reclamações e opinião sobre a resolução das reclamações são respectivamente de $B = 0,104$ e de $B = 0,248$. Pode afirmar-se que a opinião sobre a resolução de reclamações e a não formalização das mesmas, dependem da satisfação global. Um aumento no valor da satisfação global, aumenta em até 0,376 a não formalização de reclamações e em até 0,137 a opinião sobre a resolução das reclamações. Para uma não formalização de reclamações e opinião sobre a resolução das reclamações nulas, a satisfação média é de 2,209.

Com base nestes dados confirma-se a hipótese: a não formalização de reclamações e a opinião sobre a resolução das mesmas dependem da satisfação global.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	2,209	,336		6,581	,000
Não formalização Reclamações	,376	,186	,104	2,017	,044
Opinião Resolução Reclamações	,137	,028	,248	4,823	,000

Tabela 54 – Coeficientes, Satisfação global/Recomendação

Para a confirmação da hipótese H16 (A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de lealdade) pode afirmar-se que existe uma relação linear positiva, com uma associação linear baixa ($R = 0,236$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 55).

		Não formalização Reclamações	Lealdade
Não formalização Reclamações	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,236
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 55 – Correlações, Não formalização de reclamações/Intenção Lealdade

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 56), pode dizer-se que um aumento na não formalização de reclamações aumenta a intenção de lealdade em até 0,051. Para uma não formalização de reclamações nula, a intenção de lealdade média é de 1,690.

Com base nestes dados confirma-se a hipótese: a não formalização de reclamações tem um impacto positivo na intenção de lealdade.

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
<i>(Constant)</i>	1,690	,042		43,537	,000
Lealdade	,051	,011	,236	4,840	,000

Tabela 56 – Coeficientes, Não formalização de reclamações/Intenção Lealdade

Para a confirmação da hipótese H17 (A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação) verifica-se que existe uma relação linear positiva, com uma associação linear baixa ($R = 0,278$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 57).

		Não formalização Reclamações	Recomendação
Não formalização Reclamações	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,278
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 57 – Correlações, Não formalização de reclamações/Intenção Recomendação

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 58) pode afirmar-se que um aumento na não formalização de reclamações aumenta a intenção de recomendação em até 0,61. Para uma não formalização de reclamações nula a intenção de recomendação média é de 1,696.

A hipótese confirma-se: a não formalização de reclamações aumenta a intenção de recomendação.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	D. Padrão	Beta		
(Constant)	1,696	,040		42,157	,000
Não Formalização de Reclamações	,061	,011	,278	5,775	,000

Tabela 58 – Coeficientes, Não formalização de reclamações/Intenção Recomendação

Para a confirmação da hipótese H18 (A lealdade do utente tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação), constata-se que existe uma relação linear positiva, com uma associação linear alta ($R = 0,791$) e significativa ($P < 0,000$) (Tabela 59).

		Lealdade	Recomendação
Lealdade	Correlação <i>Pearson</i>	1,000	,791
	<i>Sig.</i>		,000

Tabela 59 – Correlações, Lealdade/Intenção Recomendação

De acordo com os coeficientes de B (Tabela 60) pode afirmar-se que um aumento na intenção de lealdade aumenta a intenção de recomendação em até 0,810. Para uma intenção de recomendação nula a intenção de lealdade média é de 0,672.

A hipótese confirma-se: a intenção de lealdade aumenta a intenção de recomendação.

CAPITULO IV

Discussão dos Resultados

Para Donabedian (1988) os avaliadores da qualidade são os utentes, os profissionais e os gestores dos serviços de saúde e cada grupo utiliza diferentes perspectivas quando avalia essa qualidade. Qualquer avaliação (julgamento), envolve sempre mais do que apenas uma medição, pois, envolve valores, expectativas, convicções, preconceitos e preferências dos indivíduos e dos grupos que estão a fazer a avaliação da qualidade. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, aposta no desenvolvimento de uma cultura de avaliação de qualidade dos serviços.

A medida da satisfação dos utentes permite conhecer a sua opinião sobre os diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logístico (Ware *et al.*, 1983; Cleary e McNeil, 1988; Fitzpatrick, 1991). O grau de satisfação permite fazer uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser compreendida por observação directa dos cuidados, Ware *et al.*, (1983). É também um reflexo das necessidades e expectativas pessoais do utente e a realidade dos cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997).

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados do estudo e comparação com estudos realizados na mesma área. Proceder-se-á à caracterização da amostra, à discussão dos resultados globais e discussão da confirmação das hipóteses pelo estudo empírico.

No que concerne à caracterização da amostra, verifica-se que o género feminino é que tem mais representatividade com 65,5%, que está de acordo com dados nacionais que referem que a população é maioritariamente feminina (INE - Instituto Nacional Estatística).

No que diz respeito à faixa etária, a maioria dos respondentes situam-se entre os 25 e 49 anos com uma percentagem de 56,6%. Relativamente ao estado civil verifica-se que 64% se encontra casado ou em união de facto.

Quanto ao nível de instrução, verifica-se nesta amostra que 28% dos respondentes tem apenas o 1º ciclo do ensino básico, é importante referir que 62,2% da amostra têm até ao 3º ciclo do ensino básico e que 11,7% não tem escolaridade, recorde-se que segundo dados do INE, referentes aos Censos de 2001, Portugal registou uma taxa de analfabetismo¹³ de 9,0%, que embora inferior ao ano de 1991 (11,0%), continua a ser significativa. É também importante referir que o CSA tem na sua área geográfica um número considerável de bairros sociais como foi referido anteriormente, aos quais se associa habitualmente situações de analfabetismo, desemprego e pobreza. O nível de escolaridade, parece ter significado na satisfação, ou seja, nível de satisfação mais alto está associado com nível mais baixo de escolaridade (Hall e Dornan, 1990, *cit. in* Ferreira, 2000).

Em relação à situação perante o trabalho, constata-se que a maioria dos respondentes 44,8%, se encontra a trabalhar por conta de outrem, mas é também significativa a percentagem de 21,8% que se encontra desempregado, que está de acordo com dados nacionais referentes ao desemprego, que é de 7,8% (INE, 2009).

Neste estudo conclui-se que a relação das características sócio demográficas com a satisfação, apesar de estatisticamente significativas, foram muito fracas, à semelhança do que é referido por Fox e Storms (1981), *cit. in* Carr-Hill, (1992); Hall e Dornan, (1990); Fitzpatrick (1990) e Fox e Tempestades (1981), *cit. in* Sitzia e Wood, (1997). É também contrário ao estudo realizado por Pereira *et al.*, (2001) que conclui que o género é um dos preditores mais importantes da satisfação.

Conclui-se também neste estudo que 47% dos respondentes, ou seja a maioria, utilizaram os serviços nos últimos seis meses de 1 a 2 vezes.

No que concerne à análise das frequências das variáveis, verifica-se que relativamente à satisfação global, 80,2% dos respondentes referem estar satisfeitos. Este resultado está de acordo com os estudos desenvolvidos em Portugal e já referidos no capítulo II e também em diferentes países como Canada, EUA, Inglaterra e Finlândia (Fitzpatrick, 1997 *cit. in* Vilaverde *et al.*, 2002).

CX _____

¹³ Relação entre a população com 10 ou mais anos que não sabe ler e escrever e a população com 10 ou mais anos

Em relação à imagem, o estudo demonstra, que os respondentes avaliam mais favoravelmente o facto de considerarem o CS experiente com 82% de concordância e avaliam menos favoravelmente o facto do CS se preocupar com os utentes, com 67,8% de concordância. Por ordem decrescente os utentes consideram que o CS é experiente; de confiança; aposta na modernização dos seus serviços; contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e por ultimo preocupa-se com os utentes. Perante este resultado, é importante que o CS invista na imagem e que transmite à população, na sua preocupação com os cidadãos e a sua qualidade de vida, melhorando assim a imagem institucional. O valor de *alpha* (0,862) que traduz uma boa consistência interna dos factores e da análise factorial foi extraído um componente que explica 71,262% de variância do factor.

Em relação à qualidade apercebida global, os respondentes consideram-na boa, com 83,7% de concordância, o que está de acordo com a maioria dos estudos realizados em Portugal e já referidos.

Quanto à qualidade apercebida das instalações os respondentes consideram mais favoravelmente a limpeza e higiene do CS; e menos favoravelmente o conforto a comodidade e a privacidade nos consultórios. O valor de *alpha* (0,907) o que traduz uma muito boa consistência interna dos factores e da análise factorial foi extraído um componente que explica 84,451% da variância do factor. Este resultado alerta para a necessidade de o CS humanizar mais o atendimento, promovendo mais o conforto e comodidade das suas instalações e proteger a privacidade nos consultórios dos utentes.

Relativamente à qualidade apercebida do desempenho dos profissionais, numa forma global os respondentes consideram-no bom. O valor de *alpha*, mostra que existe boa consistência interna dos factores. Como se pode verificar a disponibilidade dos profissionais é manifestamente um problema já referido em estudos realizados por Pereira *et al* (2001), Vilaverde *et al* (2002) e Biscaia *et al* (2006). A comunicação entre profissionais e utentes tende a ser insatisfatória, muito pela limitação de tempo e consequente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes actividades e pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o utente. Mais que as técnicas, a competência, a organização e a atenção aos detalhes, os utentes valorizam a capacidade do cuidar, a capacidade de escutar ou a disponibilidade de tempo que são importantes na humanização do cuidado.

Quanto à qualidade relacional os respondentes consideram-na boa com uma concordância de 93,1%, este resultado contraria o estudo realizado por Pereira *et al* (2001) e Biscaia *et al* (2006), os autores concluem que era importante a formação dos profissionais de saúde no domínio da comunicação e relações interpessoais, para melhorar a satisfação os utentes. Os resultados do presente estudo estão de acordo com a avaliação desenvolvida pelo MoniQuor (2005) e Ferreira *et al* (2005).

No que respeita à avaliação global da acessibilidade, os respondentes consideram-na boa. Consideram favoravelmente o horário de funcionamento do CSA, o que corrobora os estudos de Vilaverde *et al* (2002), a avaliação desenvolvida pelo MoniQuor (2005) e a avaliação da ERS (2008). Contraria os estudos de Biscaia *et al* (2006) e Santos (2007).

No presente estudo, os respondentes avaliam negativamente o tempo que o utente espera pela consulta, o sistema de marcação de consulta, o tempo de espera no dia da consulta e o atendimento telefónico, estes resultados estão de acordo com os estudos realizados em Portugal e como referem Bruce, (1990); Donabedian, (1980); Donabedian, (1989). Williams (1994), os clientes têm necessidade de aspectos da qualidade como informação e acesso. Também Kotler e Lee (2008) e Fitzpatrick (1997) *cit. in* Vilaverde et al., (2002) referem que a insatisfação é relativa a componentes específicos como o tempo de espera. No estudo realizado pela ERS (2008) concluiu-se que é no Norte onde existe menor facilidade de acesso aos cuidados de saúde primários. O valor de *alpha* traduz uma boa consistência interna dos factores. Da análise factorial foram extraídos dois componentes que explicam 71,349% da variância do factor.

No que respeita ao valor apercebido, verifica-se que grande parte dos inquiridos não sabe responder, isto deve-se ao facto de estes utentes não pagar taxas moderadoras, tem a ver com o carácter gratuito do SNS para situações contempladas na lei. Lembra-se que na caracterização da amostra é significativa a percentagem de desempregados e reformados que são usualmente os que estão sujeitos a isenção de pagamento de taxas. Dos respondentes verifica-se que a maioria concorda que as taxas e preços são exagerados e discordam que o valor das taxas é aceitável. O valor de *alpha* traduz uma muito boa consistência interna dos factores. Da análise factorial foi extraído um componente que explica 89,447% da variância do factor.

No que concerne às expectativas, os respondentes acreditam na competência dos profissionais, mas valorizam menos a preocupação com o atendimento, isto é corroborado pelos estudos Portugueses e Internacionais. O valor de *alpha* traduz uma muito boa consistência interna dos factores. Da análise factorial foi extraído um componente que explica 79,665% da variância do factor.

Em relação às reclamações, verifica-se que só uma pequena percentagem de 8,5% refere ter reclamado, isto corrobora o que afirma Santos (2007) que concluiu no seu estudo que os utentes não aderem a sistemas de reclamação por escrito. Dos 8,5% que reclamaram, 7,1% não ficaram satisfeitos com a resolução da reclamação. Relativamente à suposição se reclamasse, qual a opinião sobre a resolução da reclamação, 38,8% dos respondentes não souberam responder e 35,9% acham que seria resolvida. No relatório do gabinete do utente de 2007, realizado pela Inspeção – Geral das actividades em Saúde, verifica-se, em 2006 um aumento do número das reclamações de 7,52%, relativamente a 2005, e em 2007, verifica-se uma diminuição no número de reclamações de 12,44%, relativamente a 2006 na ARS do Norte. De acordo com dados fornecidos pelo gabinete do utente do CSA, o tipo de reclamações mais representativa são: 32% para o tempo de espera para consulta; 10% com a organização e informação aos utentes; 5% com questões relacionais e 3% com infra-estruturas.

Quanto à intenção de lealdade verifica-se que 70,1% dos respondentes manifestam intenção de se manter fiéis ao CSA. Quanto à intenção de recomendação, verifica-se que 71,3% manifestam intenção de recomendar, isto está de acordo com o que afirma Saias (2007), clientes satisfeitos, são fiéis, falam bem da organização e tomam a iniciativa de recomendar.

4.1 Resumo das conclusões das hipóteses

Neste estudo foram definidas 18 hipóteses, com o intuito de aferir, se globalmente existiam diferenças significativas ao nível dos antecedentes e consequentes da satisfação dos utentes do CSA. Relativamente à confirmação das hipóteses formuladas e de acordo com o apresentado no capítulo anterior, concluímos o seguinte, no que respeita aos antecedentes e consequentes da satisfação

H1: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente. Confirma-se com uma associação linear alta ($R = 0,757$).

H2: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,512$).

H3: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,577$).

H4: A imagem do CS tem um impacto positivo e significativo nas expectativas do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,689$).

H5: A satisfação global em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente da:

H5:1 qualidade apercebida das instalações (QAPI); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,579$).

H5:2 da qualidade do desempenho dos Administrativos (QAPA); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,595$).

H5:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,600$).

H6: A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente. Confirma-se com uma associação linear alta ($R = 0,789$).

H7: A qualidade apercebida global tem um impacto positivo e significativo no valor apercebido. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,248$).

H8: O valor apercebido tem um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,283$).

H9: O valor apercebido é positivo, directo e significativamente dependente

H9:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis)); Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,337$).

H9:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM); Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,351$).

H10: As expectativas têm um impacto positivo e significativo no valor apercebido. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,317$).

H11: As expectativas têm um impacto positivo e significativo na satisfação global do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,573$).

H12: As expectativas em relação aos serviços, é positiva, directa e significativamente dependente

H12:1 da qualidade apercebida das instalações (QAPI (tangíveis)); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,516$).

H12:2 da qualidade do desempenho dos profissionais Administrativos (QAPA); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,582$).

H12:4 da qualidade do desempenho dos Médicos (QAPM); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,609$).

H12:5 da qualidade de relacionamento (QAREL); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,579$).

H12:6 da acessibilidade à consulta (ACLB1); Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,517$).

H12:7 da acessibilidade ao CS (ACLB2). Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,389$).

H13: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,490$).

H14: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na intenção de recomendação do utente. Confirma-se com uma associação linear moderada ($R = 0,549$).

H15: A satisfação global tem um impacto positivo e significativo na não formalização de reclamações e na opinião sobre a resolução das mesmas. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,196$) e baixa ($R = 0,287$) respectivamente.

H16: A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de lealdade. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,236$).

H17: A não formalização de reclamações tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação. Confirma-se com uma associação linear baixa ($R = 0,278$).

H18: A lealdade do utente tem um impacto positivo e significativo na sua intenção de recomendação. Confirma-se com uma associação linear alta ($R = 0,791$).

4.1.1 Antecedentes da satisfação

4.1.1.1 Imagem

Neste estudo confirma-se que a imagem institucional tem um impacto directo, positivo e significativo na satisfação do utente, nas expectativas, na intenção de lealdade e recomendação. Observa-se um efeito positivo elevado da imagem sobre a satisfação ($R = 0,757$) e moderado sobre as expectativas ($R = 0,689$), intenção de lealdade ($R = 0,512$), e recomendação ($R = 0,577$), conforme descrito na regressão linear e que está de acordo com o que refere Vilares e Coelho (2005) que se supõe um efeito directo da imagem na satisfação e na intenção de lealdade e indirecto por via das expectativas.

Neves (2002) afirma que a imagem externa resulta da forma de como a organização é vista do exterior, por todos os que com ela se relacionam directa e indirectamente, e também, influenciam de alguma forma o seu funcionamento, quer na conformidade com a missão que a organização assume, quer na avaliação do modo como a prossegue.

Além disso, os resultados mostraram que os respondentes avaliam mais favoravelmente o facto do CS ser uma instituição com experiência na prestação dos serviços e menos favoravelmente o facto de se preocupar com os seus utentes. Com base nestes resultados, o incremento que melhora significativamente a imagem do CS, passa por uma maior preocupação com os seus utentes, e na imagem que transmitem da preocupação com a melhoria da qualidade de vida dos utentes, pela modernização dos seus serviços, pelo fortalecimento da relação de confiança e na demonstração da sua experiência de prestação de serviços de saúde a favor dos cidadãos

4.1.1.2 Qualidade Apercebida

Os resultados confirmaram que, genericamente, os utentes avaliam positivamente os serviços prestados pelo CSA e confirma-se que a qualidade apercebida global tem um impacto directo, positivo e significativo e elevado na satisfação do utente ($R = 0,789$),

Da análise factorial resultaram 4 componentes que, conforme descrito no Capítulo IV, se baseia no modelo SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.*, (1985, 1988) e traduzem o que é mais valorizado na qualidade de serviço em saúde (designadamente, a Qualidade das instalações (tangíveis); o Desempenho dos profissionais/Segurança (competência/cortesia/respeito/confiança/informação/disponibilidade); Qualidade relacional e Capacidade de resposta/Acessibilidade).

De acordo com a análise da regressão linear, os componentes que têm maior influência na satisfação do utente é a qualidade do desempenho do Médico do desempenho do Administrativo e da qualidade das instalações.

Este resultado confirma a hipótese que a qualidade percebida dos serviços determina a satisfação do utente, que na opinião de Vilares e Coelho (2005) e Saias (2007) quanto mais elevada for a qualidade apercebida, maior será a satisfação do cliente, e que é também um dos pressupostos do modelo ECSI.

Hoffman e Bateson (2003) consideram que para a organização saber qual é a qualidade do serviço prestado e a satisfação dos seus clientes é necessário que esta tenha um sistema de informação que permita avaliar o desempenho geral, através de: relatórios relativos às queixas dos clientes; pesquisa pós-venda; pesquisa de clientes por meio de *focus group*; cliente mistério; pesquisa com empregados – medição interna da qualidade de serviço a respeito de valores, atitudes e dificuldades sentidas na prestação de um serviço de qualidade; pesquisa sobre a qualidade do serviço no mercado total.

No que diz respeito ao processo de percepção de qualidade, que se refere ao processo de percepção do cliente, Saias (2007) menciona factores que podem influenciar a percepção da qualidade, como: a evidência do serviço, que engloba a evidência física, as pessoas e processos; a imagem da organização que é o fruto do contacto do cliente com a comunicação de todos os tipos, das experiências passadas e dos seus contactos com a organização; o papel do preço que parece mais influenciador das expectativas do que do

processo de percepção da qualidade. Saias (2007) crê que existe uma influência indirecta através da expectativa e refere ainda que a imagem pode influenciar indirectamente o preço sobre o processo de percepção. Com base no modelo ECSI, supõe-se que quanto maior for a qualidade apercebida, maior será a satisfação do cliente.

Irvine e Irvine *cit in* Ferreira (2000), referem seis aspectos de qualidade dos cuidados de saúde primários que consideraram cruciais: cuidados personalizados, seguros e efectivos; fácil acesso aos serviços; escolha dos profissionais de saúde; a continuidade de cuidados; a boa coordenação com outros serviços e os cuidados domiciliários se forem necessários.

4.1.1.3 Valor Apercebido

Os resultados demonstram que há uma relação linear positiva e significativa entre o valor apercebido e a satisfação do utente, com associações lineares baixas. Verifica-se que os respondentes concordam que os preços e as taxas são exagerados e pode-se afirmar que, o que explica o valor apercebido do utente é a qualidade das instalações e a qualidade do desempenho Médico. Importante será referir que cerca de 40% dos respondentes não sabe responder, porque está isento de pagamento de taxas moderadoras.

O valor do dinheiro para o cliente também pode condicionar os níveis de satisfação. Saias (2007), refere-se ao valor como a “qualidade pelo preço” como sendo a origem da satisfação do cliente, assim o valor será a razão entre a qualidade percebida e o preço percebido. Supõe-se que o valor apercebido (relação qualidade/preço) tem um impacto directo sobre satisfação do cliente.

4.1.1.4 Expectativas

Neste estudo confirma-se que há uma relação linear positiva e significativo entre as expectativas e a satisfação do utente, com associação linear moderada ($R = 0,573$). Conforme estabelece o modelo ECSI, e como refere Vilares e Coelho (2005) é suposto que as expectativas tenham um impacto directo na satisfação do cliente e um impacto indirecto via qualidade e valor apercebido (relação qualidade / preço). Verifica-se também que o que determina as expectativas dos utentes é a acessibilidade à consulta, a

qualidade do desempenho Médico, a qualidade relacional, a acessibilidade ao CS, a qualidade das instalações e o desempenho do Administrativo. e a qualidade apercebida Neste estudo verifica-se, ainda, uma relação positiva baixa das expectativas com o valor apercebido.

Dos resultados obtidos constatamos que os respondentes acreditam na competência dos profissionais do CS e na capacidade para resolver os problemas dos utentes e oferecer serviços de que precisam, mas desacreditam na preocupação com o atendimento dos utentes.

De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) a satisfação do cliente com a qualidade do serviço é entendida pela comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado. Quando se excedem as expectativas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional, quando, não se atende às expectativas, a qualidade do serviço passa a ser vista como inaceitável.

Saias (2007) considera que as necessidades e desejos dos consumidores são factores que influenciam as suas expectativas em relação ao serviço em conjunto com outros que derivam da sua forma de ser, da sua filosofia de vida e da postura perante aquele serviço em particular. Refere outros factores, que define como factores de contexto, que são totalmente exteriores ao controlo, quer do fornecedor, quer do cliente, e que influenciam por vezes de forma significativa as expectativas (ex. clima, sazonalidade, etc.).

Para Saias (2007) é em relação às expectativas que a qualidade apercebida do serviço é avaliada, as promessas implícitas de qualidade são interpretadas pelo cliente e podem afectar o seu nível de expectativas, como sejam o preço, as instalações, a marca, ou seja todos os aspectos tangíveis da prestação do serviço.

O *Word-of-mouth* forma uma expectativa muito precisa e exacta quanto à qualidade do serviço. Através do *Word-of-mouth* são descritos aspectos mais quantitativos do serviço e inclui ainda a avaliação da qualidade, isto é são emitidos juízos de valor sobre a qualidade do serviço relativos a dimensões importantes.

No que se refere às experiências passadas, Saias (2007) conclui que são elementos essenciais, não só para a formação da expectativa quanto à qualidade do serviço que vai

consumir, como para a comparação e conseqüente avaliação do serviço efectivamente recebido.

Na perspectiva de Grönroos (2003) as expectativas do cliente têm um impacto decisivo nas suas percepções da qualidade.

4.1.2 Conseqüentes da Satisfação

4.1.2.1 Lealdade

Neste estudo confirma-se o impacto positivo e significativo da satisfação do utente na intenção de lealdade, com uma relação linear moderada ($R = 0,490$)

Para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelas reclamações.

Segundo o modelo ECSI, Vilares e Coelho (2005) e Saias (2007) as conseqüências imediatas da melhoria da satisfação do cliente é o aumento da lealdade do cliente e como tal salientam que o aumento da lealdade do cliente constitui assim a razão última dos programas visando o aumento da satisfação do cliente.

4.1.2.2 Recomendação

Também neste estudo se confirma o impacto positivo e significativo da satisfação do utente na intenção de recomendação, sendo a relação linear moderada ($R = 0,549$).

Os indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas, na prática, para se avaliar o impacto global do nível de satisfação do cliente (Anderson, 1998 *cit. in* Milan e Trez, 2005). Clientes satisfeitos são fiéis e falam bem da empresa e tomam a iniciativa de recomendar através do *Word of mouth* tornando-se um poderoso instrumento de comunicação, eficaz e credível (Saias, 2007).

4.1.2.3 Reclamações

Os resultados também confirmam que a satisfação do utente tem um impacto positivo e significativo na não formalização de reclamações, tal como preconizado pelo modelo ECSI e por Vilares e Coelho (2005), considerando que uma das conseqüências

imediatas da melhoria da satisfação do cliente é a redução das reclamações. Apesar da hipótese se ter confirmado com apenas 8,5% dos respondentes a afirmar, já terem formalizado uma reclamação como consequência da sua insatisfação. 7,1%, não ficaram satisfeitos com a resolução das mesmas. Quando solicitados a opinar de como seria resolvida uma reclamação, 38,8% referiram não saber como seria resolvida.

Mas, de acordo com Vilares e Coelho (2005) quando há formalização de reclamações por parte dos clientes e estas são respondidas para além das expectativas, o cliente que reclama pode atingir níveis de fidelização mais elevados do que aquele que nunca apresentou um problema ou reclamação.

Os clientes, quando se sentem insatisfeitos, têm a possibilidade de se manifestar, apresentando as suas reclamações. Desta forma a gestão das reclamações, deve ser vista como uma ferramenta eficaz tanto para a retenção como para a lealdade de clientes. Esta iniciativa pode ser útil, uma vez que acções correctivas ou mudanças em processos voltados para o aumento do nível de satisfação dos clientes deveriam diminuir a incidência de queixas e, conseqüentemente, o aumento no nível de satisfação, possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (Reichheld e Sasser., 1990, *cit. in* Milan e Trez, 2005). Estudos realizados por Johnston (1999) demonstraram que metade das pessoas que não reclamam, acham que se o fizessem nada mudaria.

Conclusão

Este estudo pretende avaliar a satisfação e a qualidade apercebida dos utentes relativamente aos serviços prestados pelo CSA, mais concretamente, pretende compreender e analisar os antecedentes da satisfação (imagem institucional, expectativas, valor apercebido e a qualidade apercebida,) e os consequentes da satisfação (lealdade, reclamações e recomendação).

Foi utilizado o modelo ECSI como base para o questionário do estudo, no qual se integrou alguns itens de modelos como a SERVQUAL, projecto ComuniCare, EUROPEP, GPAS e PSQ de forma a tornar a análise mais ajustada à realidade da saúde, como se pode constatar no Capítulo III, os resultados revelam a consistência, fiabilidade e validade do questionário desenvolvido.

Dadas as limitações temporais e económicas inerentes a este trabalho, não foi utilizada as modelações estruturais do modelo ECSI, optou-se por uma abordagem descritiva que se centrou na análise das relações entre as variáveis do modelo e resultados. Não era âmbito deste trabalho apurar qualquer relação causal entre as variáveis em estudo, mas sim as relações entre as variáveis, que foi conseguida através da estimação de coeficientes de correlação e da análise factorial.

O método utilizado foi uma pesquisa quantitativa de carácter descritivo e, para a análise dos dados, foi utilizada uma análise univariada e multivariada, procedeu-se à aferição da validade e fiabilidade das escalas utilizadas, através do *alpha* de *Cronbach* e da análise factorial, bem como o estudo das correlações entre as variáveis e à confirmação das hipóteses através do método da Regressão Linear. Este estudo assentou numa amostragem não probabilística por conveniência e as conclusões limitam-se à amostra desta investigação, ou seja, não podem ser extrapoladas para a população em estudo.

Como referido no contexto teórico adequar a resposta em termos de saúde às expectativas da população, é um objectivo complexo só realizável com a participação de todos. O utente passa a ser o centro das atenções e a razão primeira da organização. A procura da satisfação das suas necessidades e a percepção das suas expectativas exige

uma relação atenta e personalizada de todas as pessoas que intervêm na prestação dos serviços. Na verdade, os utentes actualmente mais exigentes esperam dos serviços de saúde mais abertura, mais transparência, mais proximidade, mais rapidez e eficiência e que se assegure a qualidade dos serviços. Ainda referido no contexto teórico, a satisfação do cliente é considerada como um dos principais indicadores de qualidade das empresas e, é através da avaliação da mesma, que se pode ir de encontro aos desejos ou necessidades do cliente. Foi com base neste pressuposto que surgiu a necessidade de a investigadora efectuar este estudo, que se realizou na área dos cuidados de saúde primários onde exerce funções e que teve como finalidade obter respostas que levem à melhoria da prática dos cuidados de saúde.

Tendo como referência o modelo ECSI, e sempre tendo em vista os limites da amostra estudada, importa destacar algumas conclusões expressivas. Concluiu-se que a avaliação da satisfação global é positiva, existindo menor satisfação com os aspectos de organização e o funcionamento administrativo. Também se concluiu que os antecedentes contribuem significativamente para a satisfação dos utentes e os consequentes têm um impacto positivo na lealdade, recomendação e nas reclamações, que está de acordo com os estudos realizados nesta área. Confirmou-se que é forte o efeito da imagem institucional e da qualidade percebida sobre a satisfação global, é também forte o efeito da intenção de lealdade sobre a intenção de recomendação. É significativo o impacto da imagem nas expectativas do utente e na intenção de lealdade e recomendação, assim como é significativo, as expectativas dos utentes relativamente à qualidade apercebida e o seu impacto na satisfação global.

Em relação à imagem, o estudo demonstra que os utentes avaliam mais favoravelmente o facto de considerarem o CSA experiente e menos favoravelmente o facto do CSA se preocupar com os seus utentes.

Quanto à qualidade apercebida das instalações, a avaliação global é positiva, os utentes consideram menos favoravelmente o conforto, a comodidade e a privacidade nos consultórios. Relativamente à qualidade do desempenho dos profissionais de saúde, verifica-se que a disponibilidade dos profissionais é manifestamente um problema já referido em estudos realizados por outros autores. É uma área que importa perceber e que pode ser vista como sugestão de investigação.

Em relação à acessibilidade, os utentes avaliam negativamente o tempo de espera pela consulta, o sistema de marcação de consulta, o tempo de espera no dia da consulta e o atendimento telefónico, estes resultados estão de acordo com outros estudos.

No que respeita ao valor apercebido, verifica-se que muitos dos utentes não sabe responder, pelo facto de não pagarem taxas moderadoras. Dos utentes que responderam, verifica-se que a maioria concorda que as taxas e preços são exagerados e discordam que o valor das taxas é aceitável.

No que concerne às expectativas, os utentes acreditam na competência dos profissionais, mas valorizam menos a preocupação com o atendimento, isto também é corroborado por outros estudos.

Em relação às reclamações, verifica-se que uma pequena percentagem refere ter reclamado, o que está de acordo com outros estudos. Os que reclamaram consideram que a reclamação foi mal resolvida. É importante reflectir-se sobre esta problemática e perceber porque os utentes aderem tão pouco à reclamação, deve criar-se mecanismos de incentivo à formalização da mesma, porque é também desta forma que é possível satisfazer necessidades ou desejos do utente, e simultaneamente incutir nos profissionais a importância das reclamações na melhoria da qualidade, desdramatizando a carga negativa que normalmente lhe está associada.

Quanto à intenção de lealdade e à intenção de recomendação verifica-se que os utentes manifestam intenção de se manter fiéis ao CSA e manifestam intenção de recomendar, isto confirma estudos que referem que, clientes satisfeitos são fiéis, falam bem da organização e tomam a iniciativa de recomendar.

Neste estudo foram definidas 18 hipóteses, com o intuito de aferir, se globalmente existiam diferenças significativas ao nível dos antecedentes e consequentes da satisfação dos utentes do CSA. Relativamente à confirmação das hipóteses formuladas concluímos que no que respeita aos antecedentes da satisfação, confirma-se que a imagem institucional tem um impacto directo, positivo e significativo na satisfação do utente, nas expectativas, na intenção de lealdade e recomendação. No que concerne à qualidade apercebida global, confirma-se que esta tem um impacto directo, positivo, significativo e elevado na satisfação do utente. Os resultados demonstram que há uma relação linear positiva e significativa entre o valor apercebido e a satisfação do utente e

confirma-se que há uma relação linear positiva e significativo entre as expectativas e a satisfação do utente.

Quanto aos consequentes da satisfação, confirma-se o impacto positivo e significativo da satisfação do utente na intenção de lealdade, e para além da satisfação, a lealdade do cliente é também explicada pela imagem e pelas reclamações. Também se confirma o impacto positivo e significativo da satisfação do utente na intenção de recomendação e a satisfação do utente tem um impacto positivo e significativo na não formalização de reclamações.

Verificou-se aquando da revisão bibliográfica que os estudos de satisfação do utente e qualidade de serviços de saúde realizados em Portugal e a nível internacional, adoptam metodologia muito diferentes entre si, seria de enorme utilidade dispor de metodologia uniforme e independente de avaliação sob a óptica do cliente dos serviços consumidos, levando à consolidação de um índice. Esperamos que esta iniciativa, contribua para estimular esforços adicionais de pesquisa nesta área.

Este trabalho foi realizado de forma séria, com muito prazer e muito empenhamento, todavia, sentiu-se bastantes dificuldades em encontrar pesquisas desta problemática no contexto dos cuidados de saúde primários, apesar destes obstáculos concluiu-se o trabalho e podemos afirmar que os objectivos, o principal e os específicos, foram atingidos, pois foi possível identificar e verificar as relações e os factores que contribuem para uma melhor qualidade de serviço e os antecedentes e consequentes da satisfação dos utentes do CSA.

Com este trabalho e do ponto de vista académico enriquecemos e consolidamos conhecimentos, do ponto de vista profissional contribuiu sem dúvida para a melhoria da percepção das expectativas do utente e do ponto de vista pessoal contribuiu para o crescimento como cidadã.

Para concluir, consideramos importante mencionar, que seria interessante criar-se uma plataforma de partilha de conhecimento, de boas práticas e de resultados nos serviços de saúde, onde a implementação de um modelo poderá ser utilizado para se constituir um índice de avaliação da satisfação do utente dos serviços de saúde. Esperamos que com este trabalho possamos contribuir para esse a execução deste projecto.

Apesar da validade dos resultados obtidos no presente estudo de investigação de carácter quantitativo, recomenda-se em futuros estudos o recurso a metodologias cruzadas, nomeadamente a realização de estudos qualitativos e quantitativos, em que as entrevistas em profundidade poderão realçar outros aspectos ou dimensões, relacionadas com a satisfação e a qualidade apercebida.

Seria também oportuno dentro da área dos cuidados de saúde primários, e tendo em vista a reestruturação dos mesmos, comparar resultados na área da satisfação e qualidade apercebida entre as várias unidades previstas pela reforma, e também seria pertinente a comparação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados.

Referências Bibliográficas

A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde (2005), [em linha] disponível em “<http://europep.fe.uc.pt/reports/free/1000.pdf>”, acessado a 16 de Agosto de 2008.

Aharony L, Strasser S., (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*. **50**: 49-79.

Almeida, L. S. e Freire, T., (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 3ª Edição, Braga, Psiquilíbrios.

Alves, C. (2003). Satisfação do Consumidor. Lisboa, Escolar.

Anderson, E.; Fornell, C. e Lehmann, D.(1994). *Customer satisfaction, market share and profitability*. *Journal of Marketing*. **58**: 53-66.

Araújo, Joaquim F. F. Esteves (2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública, [em linha] disponível em “[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI \(9\). pdf.](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%20(9).pdf)”, Acessado a 29 de Junho de 2008.

Bateson, J. e Hoffman, K., (2003). Princípios de Marketing de Serviços. 2ª Edição, São Paulo, Pioneira Thomson Learning.

Blumenthal, D., (1996). Quality of care-What is it? *New England Journal of Medicine*, **335**: 891-893.

Bruce, J., (1990). Fundamental elements of the quality of care: *A simple framework*. *Studies in Family Planning*. **21**: 61-91.

Cabral, M. Vilaverde; Silva, P. Alcântara; Mendes, H. (2002). Saúde e Doença em Portugal. 3ª Ed., Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Campbell, S.M., Roland, M.O., Buetow, S. (2000). *Defining quality of care*. *Social Science and Medicine*, **51**: 1611-1625.

Carapeto, C., Fonseca, F. (2006) *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação 2ª Edição*, Lisboa. Edições Sílabo.

Cardoso, J. (1996). Os Mestres da Qualidade. *Revista Executive Digest*, **25**: 23-37.

Carr-Hill, Roy A., (1992). *The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health Medicine*, **14**: 236-249.

Cleary, P. e McNeil, B. J., (1988). *Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. Inquiry*, **25**: 25-36.

Cleary P. D, e Edgman-Levitan S. (1997). *Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives. JAMA*, **19**: 1608-1611.

COMPAQH (*COordination for Measuring Performance and Assuring Quality in Hospitals*) project (2003), [em linha] disponível em “<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/rapport2003/chap5b.pdf>”, Acedido a 20 de Agosto de 2008.

Constituição da Republica Portuguesa (2005), [em linha] disponível em “http://www.cne.pt/dl/crp_pt_2005_integral.pdf”, acedido a 20 de Abril de 2008).

Crosby, P. (1995). *Quality is Still Free*. McGraw-Hill.

Despacho Normativo n.º 97/83 (Regulamento dos Centros de Saúde) de 22 de Abril de 1983. Diário da República, I Série, n.º 93. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diário da Republica Electrónico, [em linha] disponível em “<http://dre.pt/comum/html/crp.html>”, acedido a 4 de Maio de 2008.

Brown, DiPrete; L.; Franco, L. M.; Rafeh, N.; Hatzell, T. (1993). *Quality assurance of health care in developing countries. Quality Assurance Project, Office of Health, Bureau for Science and Technology*, [em linha] disponível em “<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/DEVCONT.pdf>”, acedido a 23 de Abril de 2008.

Direcção Geral da Saúde (2008), [em linha] disponível em “<http://www.dgs.pt>”, acedido em Setembro de 2008.

Direcção Geral da Saúde: Plano Nacional de Saúde (2004-2010), [em linha] disponível em “<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>” acedido a 16 de Agosto de 2008.

Donabedian, A., (1980). *The definition of quality: A conceptual exploration. in: Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, Michigan, *Health Administration Press*, **1**: 3-28.

Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association*, **260**: p. 1743.

Donabedian, A., (1989). *Institutional and professional responsibilities in quality assurance. Quality Assurance in Health Care*, **1**: pp. 3-11.

Donabedian A., (1992). *Quality assurance in health care: The consumer's role. Qual Health Care*, **2**: 247-251.

Entidade Reguladora da Saúde (2009), [em linha] disponível em “<http://www2.ers.pt/ERS/login.aspx?ReturnUrl=%2fers%2fgestao%2fdefault.aspx>”, acedido a 27 de Fevereiro de 2009.

European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQUIP), [em linha] disponível em “http://www.equip.ch/flx/projects_and_tools/europep/”, acedido a 20 de Julho de 2008.

European Institute for Health Records (EuroRec), [em linha] disponível em “<http://www.eurorec.org/>”, acedido a 20 de Julho de 2008.

Fernandes, A. (2000). *Qualidade de Serviço – Pela Gestão estratégica.* 2ª Edição, Portugal, Editora Pergaminho, Lda. p. 21.

Ferreira, P. L., (2000) Avaliação dos doentes de cuidados primários: Enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, **6**: 53-62.

Ferreira PL.; Raposo V.; Godinho P. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde.* Prefácio de Luís Pisco. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.

Fitzsimmons, J. e Fitzsimmons, M. (2005). Administração de Serviços. Porto Alegre, Bookman.

Fitzpatrick R, (1991). *Surveys of patient's satisfaction: Important general considerations*. BMJ, **302**:887-889.

Fonseca, A. S.; Yamanaka, N. M. A.; Barison, T. H. A. S.; Luz, S. F. (2005). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na actividade hospitalar. O Mundo da Saúde, **29**: 161-169.

Fornell, C. et al (1996) *The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose and findings*. Journal of Marketing, **60**: 7-18.

Fortin, Marie-Fabienne. (2000). O Processo de Investigação. 2ª Edição, Lisboa, Lusociência.

Gasquet I. (1999). *Satisfaction des patients et performance hospitalière*. Presse Med. **28**:1610-1613.

Gil, António Carlos (1999). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo. Editora Atlas S.A.

Gonçalves, A. P. (2007). Inovação em serviços: White paper. Acedido a 15 de Agosto de 2008 em: <http://www.qsp.org.br/innovation.shtml>.

González, A.; Retamal, J.; Monge V. (2000). *Calidad percibida por dos poblaciones asignadas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca*. Revista Espanhola Salud Pública, **74** : 275-286.

Grol, Richard e Wensing, Michel (2000). *Patients Evaluate General/Family Practice - The EUROPEP instrument*.

Grönroos, C. (2003). Marketing: Gerenciamento e Serviços. 2ª Edição., Rio de Janeiro. Elsevier.

Halal, I. S.; Sparrenberger, F.; Bertoni, A. M.; Ciacommet, C.z, Seibel, C. E.; Lahude, F. M.; Magalhães, G. A.; Barreto, L.; Lira, R. C.A.(1994). Avaliação da qualidade de

assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, **28**: 131-136.

Harrington, H. J., (1993). *Aperfeiçoando Processos Empresariais*. São Paulo, Makron Books.

Hespanhol, A., Ribeiro, Orquídea e Costa-Pereira, Altamiro (2005). Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: Satisfação dos Utentes. *Arquivos de Medicina*, vol.19, Nº.5-6, p.191-197.

Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). (2003). *Certificação do Serviço*. Edição Revista de Setembro, [em linha] disponível em “http://www.iqs.pt/pdf/pdfs_gerais/CERTIF_SERVICO.pdf”, acessado a 20 de Agosto de 2008.

Instituto da Qualidade em Saúde (2005). *Edição Especial MoniQuOr 2004: Qualidade Organizacional em análise*. IQS: Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), [em linha] disponível em “http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&ine_smenuboui=13710675&INST=53864”, acessado em Fevereiro de 2009.

International Organization for Standardization (2008), [em linha] disponível em “<http://www.iso.org/iso/home.htm>”, acessado a 20 de Agosto de 2008.

Intervenção do Ministro da Saúde no seminário Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em Viseu, (2007-06-12), [em linha] disponível em “http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20070612_MS_Int_Centros_Saude.htm”, acessado a 20 de Junho de 2008.

Johnston, F., (1999). *Service Recovery Strategies for Single and Double Deviation Scenarios*. *The Service Industries Journal*, **19**, nº 2.

Juran, J. (1988). *Planning for Quality*. New York, Free Press.

Kotler, P. (2003). Marketing de A a Z: 80 conceitos que todo o profissional precisa saber. Rio de Janeiro, Campus.

Kotler, P. Lee, N.(2008). Marketing no sector Público: Um guia para um desempenho mais eficaz. São Paulo, Bookman.

Lamb, C.; Hair, J., McDaniel, C., (2004). Princípios de Marketing. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.

Lei nº 56/79 (Lei do Serviço Nacional de Saúde) de 15 de Setembro. Diário da República nº 74, I Série, p. 2357. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei 48/90 (Lei de Bases da Saúde) de 24 de Agosto 1990. Diário da República, nº 195, I Série, p. 3452-3464. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. [em linha] disponível em “http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Legislacao/Lei_27_2002.htm”, acedido a 20 de Abril de 2008.

Lei n.º 31/2007, de 10 de Agosto de 2007. Grandes Opções do Plano para 2008. Diário da República, 1 Série, nº 154. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lewis, D. e Bridges, D. (2004). A Alma do Novo Consumidor. 1ª Edição, Brasil, M. Books Editora Lda.

Lewis J.R, (1994). *Patient views on quality of care in general practice: Literature review*. Soc Sci Med. **39**: 655-670.

Linder-Pelz S., (1982). *Toward a theory of patient satisfaction*. Soc. Sci. Med., **6**: 577-582.

Locker, D. e Dunt, D., (1978). *Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care*. Soc. Sci. Med., **12**: 283-292.

Lovelock, C. Wright, L. (2003). Serviços: Marketing e Gestão. São Paulo, Saraiva.

Marconi, M. de Andrade e Lakatos, Eva Maria (2004). Metodologia Científica. São Paulo, Editora Atlas SA.

Marshall, M. N.; Roland, M. O.; Campbell, S. M.; Reeves, S. K. D. (2003). *Measuring general practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators*, [em linha] disponível em “http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1725/MR1725.pdf”, acessido a 4 de Maio de 2008.

McIntyre, T.; Silva, S. (1999). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório Final Sumário. ARS Norte e Unidade Missão.

Mezomo, J. C., (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil, Editora Manole Lda.

Milan, G. S. e Trez, G., (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE electrónica, [em linha] disponível em “<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005>”, acessido a 20 de Abril de 2008.

Ministério da Saúde, [em linha] disponível em “<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>” acessido a 4 de Maio de 2008.

Ministério da Saúde, Hospitais EPE, [em linha] disponível em “http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Hospitais_EPE/Estudos_Avaliacao_Externa/Satisf_Utente_Hosp_EPE.htm”, acessido a 4 de Maio de 2008.

Ministério da Saúde, Lei orgânica do Ministério da saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), [em linha] disponível em “<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/lei+organica/lei+organica2.htm>”, acessido a 4 de Maio de 2008.

Ministério da Saúde: relatório do gabinete do utente 2007, [em linha] disponível em “<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+guvii.htm>”, acessido a 16 de Agosto de 2008.

Ministro da Saúde (2007), Intervenção no seminário Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em Viseu, 2007-06-12., [em linha] disponível em “<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/centros+saude+estudo.htm>”, acessido a 20 de Abril de 2008.

Monteiro, João Manuel Lagarinho (1991) *Satisfação em Saúde numa perspectiva de garantia da qualidade*. Boletim do Hospital de Bragança, v. 1, nº 2. Bragança.

Nascimento, I. J.; Leitão, R. E. R.; Costa Vargens, O. M., (2006). A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas de saúde. Revista Enfermagem, [em linha] disponível em: “http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300005&lng=pt&nrm=iso”, acessido a 12 de Junho de 2008.

Neves, Arminda. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais, Pergaminho.

Newbrander, W. e Rosenthal, G., (1997). *Quality of care issues in health sector reform*. In: *Private health sector growth in Asia: Issues and implications*. Chichester, England, John Wiley and Sons. P: 177- 195.

OMS (2004). The World Health Report. [em linha] disponível em: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf., acessido a 12 de Junho de 2008.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., e Berry, L., (1985). *A Conceptual Model of service Quality and its Implications for Future Research*. *Journal of Marketing*. **49**: 41-50.

Paul, C.; Martin, I.; Roseira, L., (1999). *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Ed. Afrontamento. Porto.

Pereira, M. Graça; Soares, V. Araújo; McIntyre, Teresa (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos Médicos e medicina: Estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, **2**: 69-80. Lisboa.

Pestana, M. e Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Pinto, Manuel (1994) Sistemas de saúde. A reforma Portuguesa. Revista Portuguesa de Gestão. III/IV: pp. 37-42.

Pires, A. Ramos (2004). Qualidade, sistemas de gestão da qualidade. 3ª Ed., Lisboa, Edições Sílabo.

Pisco, Luís et al, (2003). A voz dos utentes dos centros de saúde: Avaliação da satisfação. Qualidade em Saúde, 3: 23-26.

Pisco, Luís (2004) Associação Portuguesa de Médicos de clínica geral, 6º congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade - Qualidade e Resolutividade na Atenção Primária de Saúde. Rio de Janeiro.

Pisco, Luís, (2006). A avaliação como instrumento de mudança. Ciência e Saúde Colectiva. Vol.11 N°3, Julho/Setembro, Rio de Janeiro, [em linha] disponível em “http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413”, acedido a 20 de Junho de 2008.

Portal da Saúde, Projecto: Os Centros de saúde em Portugal – A Procura e a oferta de Serviços, [em linha] disponível em “<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/centros+saude+estudo.htm>”, acedido a 7 de Maio de 2008.

Ramsay, J.; Campbell, J. L.; Schroter, S.; Green, J. e Roland, M. (2000). *The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. Family Practice*, 17: 372-379.

Reis, João Moura, (2006) Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Congresso do Infarmed, 15 Maio, Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Diário da República. I Série B, n.º 196. Ministério da Saúde. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros, n.º 60/2007 24 de Abril. Diário da República, 1 Série n.º 80, pp.2540-2541. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ribeiro, J. L. Reis (2008) *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição, Porto. Legis Editora/Livpsiç.

Roemer, M. I. e Montoya A. C., (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, World Health Organization (WHO). WHO Offset Publication, 105: 82.

Rolstadas, A., (1995). *Performance Management: a business process benchmarking approach*. New York, Chapman e Hall.

Saias, L. (2007). *Marketing de Serviços: Qualidade e Fidelização de Clientes*. Lisboa, Universidade Católica Editora.

Sale, Diana, (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: Para os profissionais da equipa de saúde*. 1ª Edição, Lisboa, Principia.

Santos, Osvaldo *et al* (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual e prioridades de reforma*
http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros_Saude_Apres.pdf

Scott, A. e Smith, R., (1995). *Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys*. *Int. J. Qual. Health. Care*, **6**: 353 - 359.

Serrão, Daniel; Nunes, Rui (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora, Lda.

Sitzia J e Wood N., (1997). *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. *Soc Sci Med*, **45**: 1829 -1843.

Treacy, Michael e Wiersema, Fred, (1993). *Customer intimacy and other value disciplines*. *Harvard Business Review*, Jan/Feb.

Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, [em linha] disponível em “http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/E9627F69-87AE-440B-AC70-46077532A87A/0/Centros_Saude_Estudo.pdf”, acedido a 7 de Maio de 2008.

Universidade Nova de Lisboa. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual e prioridades de reforma Uma Abordagem Qualitativa*. Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa.

Vilares, Manuel José; Coelho, Pedro Simões (2005). *Satisfação e lealdade do cliente: metodologias de avaliação, gestão e análise*. Lisboa, Escolar Editora.

Vilaverde, Cabral Manuel; Alcântara, Silva Pedro e Mendes Hugo, (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais. 3ª Ed. Lisboa.

Vuori, H., (1991). *Patient satisfaction – does it matter?* Qual. Ass. Health Care, **3**: 183 - 189.

Ware, J.; E. Snyder. M. K.; Wright, W. R.; Davies, A. R., (1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Eval Program Plann, **6**: 247 - 263.

Westaway, M. S.; Rheeder, P.; Vanzyl, D. G.; Seager, J. R. (2003). *Interpersonal and Organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status*. *Internacional Journal for quality in health care*, **15**: 337-344.

WHO *Regional Office for Europe's Health Evidence Network* (HEN), 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [em linha] disponível em “<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>”, acedido a 30 de Junho de 2008.

Williams B., (1994). *Patient satisfaction: a valid concept?* Soc Sci Med, **38**: 509-516.

Zanon, U. (2000). *Qualidade da Assistência Médico - Hospitalar – Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Revista de programação em Saúde, **2**: 15-22.

Zeithmal, Valarie A. e Bitner, M. (2003). *Marketing de serviços: A Empresa com Foco no Cliente*. 2ª Edição. Porto Alegre, Bookman.

Zeithaml, Valarie A; Berry, Leonard L. e Parasuraman, A. (1993). *The Nature and Determinants of Customer Expectations of Services*. *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. **21**: 1-12.

Anexos

ANEXO I - Enquadramento histórico do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O Dr. Ricardo Jorge inicia em 1899 a organização dos "Serviços de Saúde e Beneficência Pública" que regulamentada em 1901 entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Em Portugal, a evolução do sistema de saúde desde os anos trinta foi marcado pela ideologia corporativa que imprimiu em toda a legislação uma concepção de assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa. A filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente complementar às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições.

A partir de 1946 e até início dos anos 60, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde. Desenvolveu-se a ideia da "Regionalização hospitalar", segundo a qual os hospitais deviam agregar-se em três níveis: por concelho, por distrito e por zonas, congregando vários distritos, cooperando entre si e ampliando as suas responsabilidades no sentido ascendente. A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-legais, de Saúde Pública e Privados.

Só em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência (conhecida como "a reforma de Gonçalves Ferreira", surge o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde (SNS). São explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais.

Foi, no entanto, a partir de 1974, que a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais. De referenciar que, em 1976, o "Despacho Arnault" abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

Com a entrada em vigor da Constituição de 1976, institui-se o Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito (art. 64.º da Constituição) que permitiu em 1979, a criação do SNS, com a Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. O SNS foi então configurado e teve por escopo "*assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição*" (art. 1.º da Lei n.º 56/79) e visavam a "*prestação de cuidados globais de saúde a toda a população*" (art. 2.º da Lei n.º 56/79).

O SNS foi dotado de autonomia administrativa e financeira (art. 18.º, n.º 1) e de "*órgãos centrais, regionais e locais*" e "*serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados*", prevendo-se que fosse "*apoiado por estabelecimentos de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde*" (art. 18.º, n.º2).

Desta forma o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva.

Em 24 de Agosto de 1990, viria a ser publicada a Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde, no n.º 3 da Base I daquele diploma estipula-se que:

(...) a promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade. (Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde - de 24 de Agosto. Diário da República, n.º 195, I Série, p. 3452-3464. Ministério da Saúde. Lisboa)

O SNS, é agora concebido como abrangendo "*todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde*", dispondo de estatuto próprio (Base XII, n.º 2, da Lei n.º 48/90).

Caracteriza-se, em suma, por ser

(...) universal, prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. (Base XXIV).

É tutelado pelo Ministro da Saúde, sendo administrado a nível de cada região de saúde¹⁴ pelo conselho de administração da respectiva Administração Regional de Saúde (ARS) (Base XXVI).

Em 15 de Janeiro de 1993, é publicado o Decreto-Lei n.º 11/93, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, que, vem afirmar a necessidade de acabar com a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados procurando integrar os cuidados de saúde em unidades de saúde e fixando normas de articulação provisórias entre os Hospitais e os Centros de Saúde.

O mencionado Decreto-Lei veio proceder à extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) criadas pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho¹⁵. Em sua substituição, criou novas ARS, uma por cada região de saúde, tendo as novas ARS personalidade jurídica:

- ARS do Norte, com sede no Porto e abrangendo os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real;
- ARS do Centro, com sede em Coimbra e com área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu;
- ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa e abrangendo os distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal;

CXLIII_____

¹⁴ A Base XVIII prevê que a organização do sistema de saúde se baseie na divisão do território nacional em regiões de saúde, as quais podem ser subdivididas em sub-regiões de saúde.

¹⁵ As ARS eram já previstas como órgãos regionais do SNS na Lei n.º 56/79, não tendo, então, personalidade jurídica e património próprio, mas tão-só autonomia administrativa (art. 38.º da Lei n.º 56/79 e art. 1.º do Decreto-Lei n.º 254/82).

- ARS do Alentejo, com sede em Évora e com área coincidente com a dos distritos de Beja, Évora e Portalegre;
- ARS do Algarve, com sede em Faro e abrangendo o distrito de Faro.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico e populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a descentralização da tomada de decisão.

Mais recentemente, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro) introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, ao definir um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE – Entidade Publica Empresarial).

Segundo Pinto (1994) o que caracteriza um bom sistema de saúde, será a combinação de quatro factores: qualidade; grau de satisfação razoável por parte dos utentes; custos controlados e um sistema de financiamento repartido. Cresce a preocupação de imprimir ao sistema, ganhos de qualidade e eficiência, pois não só ao cidadão se reconhece o direito à acessibilidade aos cuidados de saúde como também à qualidade destes, que deve igualmente pautar-se por padrões de melhoria na relação de custo/benefício dos serviços prestados.

O serviço público de saúde necessita de diversidade, concorrência, rapidez de resposta e o conhecimento sistemático dos custos e das necessidades da população. (Araújo, 2005).

**ANEXO II - Os Centros de Saúde e Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES),
enquadramento histórico e legislativo**

Os Centros de Saúde

Os primeiros centros de saúde foram criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. A filosofia de assistência destes centros de saúde, “Centros de Saúde de Primeira Geração”, que duraram pouco mais de uma década (1971-1982), centrou-se fundamentalmente na protecção da população, prevenção das principais doenças infecto-contagiosas, de que, as campanhas de vacinação são um exemplo, e na assistência a grupos mais vulneráveis da sociedade, fundamentalmente mulheres e crianças. Paralelamente, “Os Postos das Caixas de Previdência” prestavam assistência social e na doença apenas aos trabalhadores e suas famílias que descontavam para as respectivas “Caixas”.

Porque a saúde passa a ser considerada num conceito mais lato (OMS), por questões de racionalização do sistema, a Medicina Geral e Familiar, une os antigos “Postos” com os “Centros de Saúde de Primeira Geração” formando os “Centros de Saúde de Segunda Geração”, dependentes das Administrações Regionais de Saúde, de base Distrital.

Tendo como principal objectivo a melhoria do nível de saúde da população através de ganhos em saúde e da satisfação dos utilizadores e dos profissionais, foi importante repensar as formas de organização da prestação dos cuidados numa óptica de eficiência e equidade. Os Centros de Saúde são os principais responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, são as entidades privilegiadas para se atingirem melhores níveis de saúde, factor decisivo para a qualidade de vida dos cidadãos.

Na dependência orgânica e funcional das ARS funcionam os Centros de Saúde, cujas relações com os serviços centrais do Ministério da Saúde se processam exclusivamente através daquelas (art. 7.º do Regulamento dos Centros de Saúde, aprovado pelo Despacho Normativo n.º 97/83).

O Centro de Saúde, é definido no art. 2.º do mesmo Regulamento como:

(...) uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade.

Abrange, em princípio, a área geográfica do concelho e das freguesias que o integram, podendo dispor de extensões periféricas, situadas em locais da sua área de influência, tendo em vista proporcionar aos utentes uma razoável proximidade dos cuidados de saúde (art. 3.º do mencionado Regulamento).

É também de referir que o Centro de Saúde se articula (art. 8.º do Regulamento)

(...) com os órgãos locais e distritais de segurança social de forma a possibilitar a atribuição de prestações de segurança social ou de saúde, no quadro da legislação interna ou ao abrigo das convenções internacionais sobre segurança social.

Em termos de gestão financeira, cumpre referir que o seu financiamento (art. 72.º do Regulamento) é assegurado através de verbas atribuídas à ARS pelo Departamento de Gestão Financeira da Saúde, segundo o plano de actividades da ARS e está previsto que (art. 72.º e 73.º do Regulamento):

(...) enquanto não for possível, ou nos casos em que isso não for considerado desejável pela ARS, o centro de saúde possuirá em lugar de dotação financeira, um fundo de maneiio, a regulamentar pela ARS, caso em que, em vez de efectuar balancetes mensais organizados por centros de custo, ou balanço anual, enviará à ARS nota justificativa das receitas e despesas efectuadas e respectiva documentação.

Em 2003, foi redefinida a rede de prestação de cuidados de saúde primários em Portugal, ficando constituída pelos:

“Centros de Saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados (...), e ainda por profissionais e agrupamentos de profissionais em

regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades (...) (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril. art. 1, nº 2).

Por Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, foi criada na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

A Reconfiguração dos Centros de Saúde obedece a um duplo movimento:

- A constituição de pequenas unidades funcionais autónomas (USF), prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna.
- A agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

O Grupo Técnico de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), assume que a sua reforma, tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os, acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: “melhores cuidados e melhor saúde”.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007 prorroga o mandato por mais dois anos, e o Grupo Técnico, tem como tarefa fundamental a reconfiguração dos centros de saúde, iniciando-se assim a segunda fase da reforma dos CSP em Portugal.

A reorganização funcional dos actuais CS, com implementação das USF, implica que a adaptação, aquisição, aluguer ou construção de novos espaços para USF, devem ter em conta princípios e orientações nacionais: fundamentalmente a acessibilidade dos cidadãos aos diversos serviços da USF, o conforto, humanização e funcionalidade do

espaço, uma imagem agradável e uma organização interna assente no trabalho em equipas nuclear e alargada; prevê-se, também, espaço próprio para formação de profissionais nas suas diferentes fases, além de salas de apoio técnico e apoio geral, não só tendo em conta a equipa multidisciplinar de que é composta, como a população que vier a servir.

A organização dos serviços dos cuidados de saúde primários, deve apoiar-se em pequenas unidades de medicina familiar (USF), que garantam uma boa acessibilidade e continuidade de cuidados. (Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

Em suma, o Centro de Saúde passará a ser o “ponto de contacto” para o cidadão, em matéria de cuidados de saúde primários. Mais acessível, mais rápido e com mais qualidade nos serviços que presta. Em termos organizacionais e para lá desse ponto de contacto, poderão existir as estruturas e as designações que a administração pública da saúde considerar adequadas. É também este o sentido da reconfiguração.

Na perspectiva dos profissionais dos CS, que participaram no estudo, efectuado por Santos (2007) e no que diz respeito à satisfação dos utentes, o bom funcionamento do CS implica um trabalho organizado em equipas nucleares (médicos, enfermeiros e administrativos) estáveis, que devem incluir outros profissionais (psicólogos, assistente social, nutricionista, médicos dentistas...) em função das necessidades específicas da população que servem. Para estes profissionais, os efeitos positivos da actual reforma, estendem-se aos utentes, com melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados.

O Programa do XVII Governo Constitucional demonstra a importância que o Executivo atribui aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, ao contemplar a reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar, obedecendo aos princípios seguintes: equipas pequenas multiprofissionais e auto-organizadas; autonomia organizativa, funcional e técnica; contratualização de uma carteira básica de serviços e sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade.

Esta proposta deve ser compreendida no quadro mais vasto da reforma da administração pública que está em curso pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE). Os princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria de qualidade são aqui concretizados com o processo de reconfiguração dos actuais centros de saúde e da reconversão das 18 sub-regiões de saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006) em novas realidades institucionais.

A nova estrutura resultante obedece a uma dupla acção (Ministro da Saúde, 2007):

- A constituição de equipas pequenas, em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, denominados de Agrupamento Centros de Saúde (ACS);
- A agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.
- O objectivo é redefinir o actual modelo de prestação dos cuidados primários, tornando-o mais acessível, adequado às necessidades e mais eficiente. Só assim se poderá satisfazer as expectativas dos cidadãos mas também as dos profissionais.

Podemos constatar, pela Lei nº 31/2007 que o Governo, continua a apostar em 2008, na continuação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que considera ser o pilar central do sistema de saúde, através da consolidação da reestruturação organizacional dos Centros de Saúde, da promoção e da criação de mais Unidades de Saúde Familiares (USF), do desenvolvimento e aplicação de projectos de melhoria contínua da qualidade, modernização e apetrechamento tecnológico das instalações dos Centros de Saúde (em particular no que respeita a sistemas de informação adequados), do desenvolvimento de uma política adequada de recursos humanos nas suas várias vertentes, incentivado o bom desempenho das equipas.

Os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)

A Reconfiguração dos Centros de Saúde, tem como objectivo principal dotar os actuais centros de saúde dum enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes

permitam **aumentar a qualidade dos serviços prestados**, maximizando os recursos e preservando a sua identidade.

Os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), que irão emergir deste processo de reconfiguração, poderão ser definidos como unidades de gestão, compostas por um ou mais centros de saúde, integrados na ARS, I.P. ou numa Unidade Local de Saúde, E.P.E., e, serão responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde primários, bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários.

A criação concreta dos ACES, bem como a delimitação da área geográfica correspondente, será efectuada por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta fundamentada da ARS, I.P. respectiva, de acordo com os critérios referidos anteriormente e deverá conter:

- A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;
- A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;
- A identificação, por categoria profissional, dos recursos humanos a afectar a cada centro de saúde;
- A denominação do ACES;
- A identificação das instalações onde o ACES terá a sede.

A missão dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) é assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população da respectiva área de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

No seu âmbito de intervenção estará presente: a prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional; a prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família; a gestão de recursos, valorizando as competências individuais e organizacionais e a cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias.

O ACES irá prestar serviços assistenciais e não assistenciais aos cidadãos, às famílias, aos grupos sociais e à comunidade, através das suas unidades funcionais. Entre as suas principais actividades, o ACES deverá promover a ligação a outras entidades com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, a vigilância epidemiológica, a formação profissional (desenvolvimento profissional contínuo e formação pré e pós graduada), a investigação, a monitorização e a avaliação dos resultados. Deverá, também, assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

Cabe também ao ACES propor à ARS, I.P. o alargamento da carteira de serviços, ou a constituição de novas carteiras de serviços, que decorram de necessidades de saúde entretanto identificadas na população.

No conceito de Serviço Nacional de Saúde englobam-se, naturalmente, os hospitais, por serem, por excelência, serviços personalizados prestadores de cuidados de saúde. Os hospitais são pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira, abrangendo a sua capacidade jurídica todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins definidos na Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro (Lei de Gestão Hospitalar).

ANEXO III - Caracterização do Centro de Saúde de Aldoar

Caracterização do Centro de Saúde de Aldoar (Fonte: Diagnóstico da Situação das freguesias de Aldoar e Ramalde 2007, realizado pela Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Aldoar).

O Centro de Saúde de Aldoar situa-se no distrito do Porto, concelho do Porto. Pertence à Sub-região de Saúde do Porto (SRSP) e à Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), ficando situada a sua sede na freguesia de Aldoar. Tem uma população de cerca de 65573 utentes inscritos.

O Centro de Saúde de Aldoar presta cuidados na vertente sócio-familiar, visando a promoção da saúde e prevenção primária, secundária e terciária.

Devido à área geodemográfica deste Centro de Saúde, este é constituído por 5 unidades de saúde distantes entre si e em prédios de habitação adaptados para o efeito:

- Unidade de Saúde de Aldoar,
- Unidade de Saúde Familiar de Ramalde,
- Unidade de Saúde Familiar de Serpa Pinto,
- Unidade de Saúde do Carvalhido,
- Centro de Atendimento a Jovens (CAJ)

Apresenta uma equipa multidisciplinar e implementa acções de formação, estágios e protocolos com outras instituições.

Recursos Humanos

O quadro do Centro de Saúde de Aldoar contempla 43 médicos (39 de Clínica Geral e 4 de Saúde Pública), 44 Enfermeiros, 35 Administrativos, 16 Auxiliares e 5 Técnicos, conforme publicado no D.R. – I Série B, nº. 302/96 de 31 de Dezembro, continuando a verificar-se uma grande disparidade entre os recursos humanos existentes e as reais necessidades.

Neste momento, fazem parte do quadro 40 Médicos (38 de Clínica Geral e 2 de Saúde Pública), 25 Enfermeiros, 1 Coordenadora Gestão Administrativa, 17 Assistentes Administrativos, 1 Chefe de Secção, 8 Auxiliares Administrativos e de Apoio e Vigilância e 1 motorista.

Fazem ainda parte do quadro, 1 Ortopedista (35 horas), 1 Nutricionista (35 horas), 2 Assistentes Sociais (35 horas), 1 Psicóloga Clínica (35 horas) e 1 Higienista Oral (35 horas).

Verificou-se, nos últimos anos, um aumento do número de utentes inscritos no Centro de Saúde de Aldoar. Os utentes deste CS são essencialmente das freguesias de Aldoar e Ramalde, no entanto existe uma menor percentagem que é de outras freguesias limítrofes. Total de utentes inscritos no final do ano de 2007, 15.047 na Unidade de Aldoar e 22.809 na Unidade de Carvalhido.

Caracterização das Freguesias de Aldoar e Ramalde

As freguesias de Aldoar e Ramalde apresentam uma área de 2.44 km² e 5,85 km², respectivamente. Estas são contíguas, sendo delimitadas pela Estrada da Circunvalação a Norte, pela Rua de Montes Burgos e Rua Pedro Hispano a Este, a Sul pela Avenida da Boavista, Rua de Sagres e Rua do Fez e a Oeste pelo Parque da Cidade.

No seio das freguesias de Aldoar e Ramalde existem muitos contrastes. Há zonas habitacionais, especialmente nos bairros da câmara onde, muitas vezes, as condições mínimas de conforto não estão asseguradas. Existem lares sem electricidade, retretes e água canalizada. Estas situações normalmente sobrepõem-se aos locais onde a população tem um nível de educação inferior e empregos precários.

No entanto a Câmara do Porto tem em acção planos para a recuperação destes fogos, na tentativa de melhorar as condições de habitabilidade. É possível também verificar que nos locais correspondentes aos bairros sociais, as habitações têm alguma antiguidade e apresentam-se sobrelotadas. No Bairro das Campinas é visível a melhoria quer a nível residencial quer das redondezas, permitindo aos seus moradores uma maior confiança e um orgulho do local.

As freguesias de Aldoar e Ramalde apresentavam em 2001, 13957 e 37647 habitantes respectivamente, neste momento calcula-se que apresentem 13284 e 38455 habitantes respectivamente¹⁶, reflectindo um ligeiro aumento no conjunto das 2 freguesias (total passou de 51604 para 51739). Esta situação, contudo, não se verifica nas restantes freguesias do Porto onde se têm registado perda de residentes. Ramalde e Aldoar apresentam neste momento uma densidade habitacional de 6 573,50 hab./Km² e 5 444,26 hab./Km², respectivamente.

A população das freguesias da abrangência deste estudo trabalha principalmente no sector secundário e terciário. No sector primário existe uma minoria de trabalhadores, devido principalmente à falta de locais aptos à prática de agricultura.

Breve história da Freguesia de Aldoar

O nome Aldoar (*Al-Duar*) deriva da presença dos árabes que ocuparam a região de cale (Porto) desde 711 a 868 significando acampamento militar e também pequena mesquita. (4). É possível ter existido aqui um acampamento militar destinado a travar os desembarques dos **vikings**, ou Normandos, ocorridos na costa noroeste, a partir de 844. Os Mouros, tradicionalmente agricultores, trabalharam as *villae* existentes nesta zona. Vocábulos árabes ligados à vida agrícola persistem na nossa linguagem. O topónimo **Arrábida** vem do árabe, *Al-Ribat*, um posto militar destinado a proteger a foz do Douro da entrada dos Normandos.

Com a reconquista cristã, Aldoar vai passar a intitular-se S. Martinho de Aldoar, devido à grande devoção da população por este Santo, tornando-se o padroeiro da freguesia.

Em termos urbanísticos Aldoar era até fins do século passado uma freguesia multi-centenária, onde abundavam herdades mantendo, ao longo dos séculos, as características rurais e as tradições agrícolas. Foi independente do Porto durante muito tempo tendo sido apenas considerada freguesia da Invicta em 1895.

Os seus limites eram assim definidos: a Norte o concelho de Matosinhos (Bouças); a Sul Lordelo do Ouro e Foz do Douro; a Este Ramalde e a Poente Nevogilde. Porém com

CLVI_____

¹⁶ Cálculo baseado na fórmula aritmética

o crescimento da cidade, a freguesia expandiu-se e alongou-se para junto de outras vias periféricas, entre elas a estrada que a ligava a Matosinhos. Aldoar foi absorvida pelo espaço urbano, sem deixar de ser freguesia. Felizmente, conservou um certo ruralismo e a integração urbana não transformou Aldoar num dormitório periférico, como ocorreu em outros lugares. O Parque da Cidade, o Beco de Carreiras, alguns terrenos agrícolas e os jardins residenciais mantêm o equilíbrio no espaço urbanizado. Esta integração não retirou a Aldoar a sua vida própria, antes a melhorou.

Dois fenómenos foram os principais responsáveis pela integração urbana desta freguesia, tradicionalmente rural: **o aumento geral da população e as mudanças das estruturas da economia**. O aumento da população acarretou uma sobrecarga demográfica, que obrigou ao alargamento do espaço urbano no Porto, produzindo alterações periféricas, traduzidas no êxodo rural e em transformações da vida agrícola e do seu **habitat**. Estas mudanças não podem dissociar-se do processo económico ocorrido ao longo deste século, particularmente depois da Segunda Guerra Mundial e no caso especial de Aldoar, depois do **25 de Abril**. Num curto lapso de tempo, o espaço agrícola de Aldoar evoluiu rapidamente para espaço urbano. Os primeiros aglomerados apareceram nos anos 50, com a construção dos bairros camarários e das cooperativas. Este povoamento não ocorreu como fenómeno isolado mas integrado num conjunto de que faz parte o território designado hoje por Grande Porto.

Em 1950 surge o **Bairro Leão XII** mais conhecido pelo Bairro dos Condutores criado pela Liga Operária Católica dos Funcionários dos Transportes Colectivos do Porto. Em 1958 construiu-se o **Bairro António Aroso** para alojar famílias carenciadas e, mais tarde, em 1962, o **Bairro Fonte da Moura** com o objectivo de albergar famílias que habitavam em ilhas.

No ano de 1968, Manuel Carlos Agrelos ofereceu o terreno para se construir o **Bairro de Aldoar** formado por 16 blocos que aloja as pessoas que viviam nos bairros de lata de Xangai e da Liberdade.

Aldoar regista também a maior concentração de cooperativas de habitação, todas de livre iniciativa, de que distinguimos, por ordem do seu nascimento: **Novaldoar – Cooperativa de Habitação Económica, Crl; Hazal – Cooperativa de Habitação e**

Construção, Crl; Ceta- Cooperativa de Habitação Económica de Aldoar, Crl; Sache – Cooperativa de Habitação Económica, Crl; Nova Ramalde – Cooperativa de Habitação e Construção, Crl; Santo António das Antas – Cooperativa de Habitação e Construção, Crl.

Tabela – Bairros e bairros sociais da freguesia de Aldoar

BAIRROS SOCIAIS	Nº DE FOGOS
Bairro da Fonte da Moura	628
Bairro de Aldoar	378
Bairro de António Aroso	*
Bairro Leão XIII	*
Bairro dos telefones	*
TOTAL	1006

Fonte: Dados da Junta de Freguesia de Ramalde. * - Dados não existentes

Breve história da Freguesia de Ramalde

A freguesia de S. Salvador de Ramalde é mencionada pela primeira vez, com o nome arcaico de *Rianhaldy*, nas Inquirições de D. Afonso III, em 1258. Porém, já aparece citada anteriormente, como lugar, num documento de 1222 em que a rainha D. Mafalda faz uma doação ao Mosteiro de Arouca.

A origem e crescimento do povoado de *Rianhaldy* perde-se nos tempos, antes da fundação da monarquia portuguesa, provavelmente entre 920 e 944, data em que chegaram ao território os monges de S. Bento. Entre 1230 e 1835 pertenceu ao concelho de Bouças, o qual integrava também S. Mamede de Infesta, Matosinhos, Foz do Douro e um conjunto de vinte povoações.

Em 1895 foi integrada, no concelho do Porto, como freguesia por se encontrar dentro da circunvalação. Os seus limites eram assim definidos: a Norte o concelho de Matosinhos (Bouças); a Sul Lordelo do Ouro; a Este Paranhos e Cedofeita e a Poente Aldoar.

É muito difícil caracterizar demograficamente com precisão esta freguesia no período anterior aos finais do século XIX. No entanto, pode dizer-se que, em épocas anteriores, Ramalde comportava uma população considerável, pois em 1855 possuía cerca de 600 habitações.

Entre 1864 e 1981, S. Salvador de Ramalde manteve sempre um crescimento populacional positivo, sendo até bastante elevado em certos períodos.

A implementação de indústrias e mobilização de uma crescente mão-de-obra levou a que, entre 1864 e 1900, a população tenha crescido para mais do dobro. Posteriormente o crescimento processou-se de forma mais lenta, podendo ser explicado pelo afluxo migratório das zonas rurais para as zonas urbanas. O posterior desenvolvimento da indústria (1960-1970) terá conduzido à fixação da mão-de-obra junto das unidades industriais. No início da industrialização da freguesia, a habitação operária designava-se por "ilha", alojamento muito precário, mas que permitia fixar mão-de-obra a baixo custo. Estas "ilhas" eram também a única alternativa para uma incipiente classe operária cujo poder de compra era muito baixo, dada a prática corrente de baixos salários no início da industrialização. Posteriormente implementaram-se um grande número de bairros de habitação social a fim de fornecer alojamento a franjas de população deslocadas do centro do Porto, que apresentava, nesta fase, indícios de saturação.

A habitação social marca profundamente a ocupação na freguesia de Ramalde que se organiza fundamentalmente a partir da década de 60. Em contrapartida, e sem explicação, embora tenha sido Ramalde um território rural, parece não ter havido então a preocupação de criar espaços verdes. Na realidade, em toda a freguesia apenas existe uma zona de lazer e que não é pública. Trata-se do parque de campismo da cidade, ou parque da Prelada.

Com o passar dos anos, Ramalde sofreu um processo de descaracterização sócio-cultural. Os habitantes passaram a trabalhar principalmente no sector terciário, seguido do secundário e apenas uma minoria trabalha no sector primário. Nota-se, também, uma quebra de sociabilidade e relação de vizinhança, o que poderá ser explicado, em grande parte, pelo facto de uma percentagem significativa da população activa trabalhar fora da freguesia, mantendo assim, contactos privilegiados em diferentes espaços.

Neste momento, existem cerca de uma dúzia de bairros de habitação social.

BAIRROS SOCIAIS	Nº DE FOGOS
Campinas	900
C.T.T.	62
Cruzes	11
Central de Francos	132
Francos	522
Pereiró	80
Previdência	512
Ramalde	272
Ramalde do Meio	160
Viso (primitivo)	310
Viso (recente)	535
Agrupamento Habitacional do Viso	252
TOTAL	3748

Tabela – Bairros Sociais da Freguesia de Ramalde **Fonte:** Dados da Junta de Freguesia de Ramalde

A par deste tipo de habitação, aparecem as áreas residenciais de luxo: Avenida da Boavista, Zona Residencial da Boavista (Foco) e Avenida de Antunes Guimarães. Repare-se que as três zonas se situam nos limites da freguesia, a Sul e Leste.

Pode considerar-se que outro tipo de urbanismo está representado pela cidade cooperativa da Prelada inaugurada em 22 de Julho de 1993. O grande surto da habitação cooperativa surgiu após a revolução de 25 de Abril de 1974.

Nesta freguesia estão instaladas unidades produtivas, transformadoras e, de forma mais dispersa e, com menor peso, existem fábricas de pequena e média dimensão, sobretudo do ramo têxtil, na parte sul da freguesia e fora dos limites da cintura industrial concentrada.

ANEXO IV - Indicadores associados às variáveis latentes do Modelo ECSI

Indicadores associados às variáveis latentes do Modelo ECSI

(Fonte: Vilares e Coelho, 2005, p. 330)

Variável	Descrição do Indicador
Imagem	1-Empresa inovadora e virada para o futuro 2-Empresa em que se pode confiar 3-Empresa estável e implantada no mercado 4-Empresa que se preocupa com os clientes 5-Empresa com um contributo importante para a Sociedade
Expectativas	1-Expectativas globais sobre a empresa; 2-Expectativas sobre a capacidade da empresa oferecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades do cliente; 3-Expectativas relativas à fiabilidade, ou seja à frequência com que as coisas podem correr mal
Qualidade apercebida (bens e serviços)	1-Qualidade global da empresa 2-Qualidade dos produtos e serviços 3-Serviço de aconselhamento 4-Acessibilidade de produtos e serviços 5-Fiabilidade e precisão dos produtos e serviços 6-Diversificação dos produtos e serviços 7-Clareza e transparência da informação fornecida 8-Dificuldade na avaliação da qualidade
Valor apercebido (relação preço/qualidade)	1-Avaliação da qualidade dos produtos e dos serviços dados os preços pagos 2-Avaliação do preço pago, dada a qualidade dos produtos e serviços.
Satisfação	1- Satisfação global com a empresa 2- Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas) 3-Comparação da empresa com a empresa ideal
Reclamações	1-Identificação dos clientes que reclamaram com a empresa 2-Forma como foi resolvida a última reclamação (para os que reclamaram) 3-Percepção sobre a forma como as reclamações seriam resolvidas (para os que não reclamaram)
Lealdade	1-Intenção de permanecer como cliente 2-Sensibilidade ao preço 3-Intenção de recomendar o operador a colegas e amigos

ANEXO V - As Dimensões da Escala SERQUAL

As Dimensões da Escala SERQUAL

(Fonte: Saias, 2007, p.330-331)

Tangíveis (*tangibles*) - Dimensão que agrega os aspectos com a característica de serem tangíveis.

- O aspecto físico mais ou menos atraente e moderno das instalações
- Idem dos equipamentos
- O aspecto físico dos empregados
- Materiais associados serem atractivos.

Fiabilidade (*reliability*) - Agrega os aspectos ligados ao facto de o serviço ser ou não ser prestado de forma correcta.

- Em que medida as promessas da empresa ou dos seus empregados são cumpridas
- Se há interesse sincero em resolver os problemas dos clientes
- Se executa o serviço bem à primeira vez
- Se entrega os serviços quando diz que entrega
- Se procura deter registos sem erros.

Atendimento/capacidade de resposta (*responsiveness*) - Dimensão orientada para o tempo, rapidez e pontualidade.

- Os empregados dizerem quando o serviço será prestado
- Os empregados prestarem serviço rápido
- Os empregados procurarem ajudar o cliente
- Os empregados nunca estarem demasiado ocupados para responder ao cliente.

Segurança (*assurance*) - Trata de aspectos de confiança, consistência, previsibilidade e segurança propriamente dita, quando aplicável.

- Os empregados inspiram confiança aos clientes
- Os empregados serem constantemente corteses e amáveis com os clientes.
- Os empregados terem conhecimentos para responderem às questões que lhe são colocadas.
- Duma forma abrangente os clientes sentirem-se seguros ao consumirem o serviço.

Empatia (*empathy*) – Dimensão claramente ligada a aspectos relacionais da prestação de serviço

- A empresa dar atenção individual a cada cliente
- Colocar os interesses dos clientes em primeiro lugar
- Ter horas de funcionamento convenientes
- Ter empregados que dão atenção personalizada aos clientes
- Compreender as necessidades individuais dos clientes.

ANEXO VI – Questionário de satisfação do utente dos Hospitais SA

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE APERCEBIDA E
SATISFAÇÃO DO UTENTE NOS HOSPITAIS SA****QUESTIONÁRIO**

Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais SA

Dezembro 2005

Versão Definitiva

NOTA: No ecrã deverá aparecer a idade do utente.**Seria possível falar com o Sr./Sr.ª "Nome" ?**

- Se a pessoa que atende for a pessoa certa → Ler Introdução
- Caso não tenha sido a pessoa certa a atender o telefone e for perguntado quem/donde fala → Ler a Nota 1

Nota 1:

Estou a ligar do Ministério da Saúde para realizar um Inquérito de Satisfação.

Introdução

O meu nome é e estou a telefonar-lhe a pedido do Ministério da Saúde. Fomos encarregues de conduzir um inquérito sobre a Satisfação do Utente relativamente ao período em que esteve internado no "Hospital¹", no início do ano de 2003. O objectivo é estudar em que medida os Hospitais são capazes de satisfazer as necessidades dos seus utentes.

Todas as suas respostas são confidenciais. Poderá dispensar-nos uns minutos para responder a algumas questões?

(NOTA: As questões assinaladas com são consideradas críticas e não sendo respondidas invalidam todo o questionário)

¹ Deve substituir pelo nome do utente do referido Hospital (primeira e último).

² Deve substituir a palavra "Hospital" pelo nome do Hospital no qual o utente esteve internado.

EQ1 SATISFAÇÃO GLOBAL

Considerando toda a sua experiência com o serviço de internamento no "Hospital", qual é o seu grau de satisfação? Use a escala de 10 pontos onde 1 significa "muito insatisfeito" e 10 "muito satisfeito".
Note que as respostas de 1 a 5 correspondem a uma avaliação negativa e de 6 a 10 a uma avaliação positiva.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Q2 IMAGEM ³

Vou passar a ler um conjunto de afirmações sobre o "Hospital". Para cada uma, indique por favor em que medida concorda ou discorda, usando a escala de 1 a 10 onde 1 significa "discordo totalmente" e 10 "concordo plenamente".

a) É um Hospital de confiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
b) É um Hospital experiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
c) Preocupa-se com os seus utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

EQ3 EXPECTATIVAS SOBRE A QUALIDADE GERAL⁴

Agora peço-lhe que pense nas expectativas que tinha sobre o "Hospital" antes de ter sido internado. Usando a escala onde 1 significa "muito baixas" e 10 significa "muito altas"...

Como classificaria as suas expectativas globais relativamente à qualidade geral do "Hospital"?

(Por exemplo, em relação a não cometer erros, a satisfazer todas as necessidades do utente, a prestar um serviço de qualidade, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

EQ4 QUALIDADE GLOBAL APERCEBIDA

Considere toda a sua experiência com o serviço de internamento do "Hospital". Utilizando a escala de 1 a 10, onde 1 significa "muito má" e 10 significa "muito boa", como classificaria a qualidade global do serviço prestado no "Hospital"?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

³ Nota: proceder à relação dos itens.

⁴ Nota ao entrevistador: Em caso de dúvida do entrevistado sobre as expectativas ler o seguinte texto: Antes de ser internado em qual é uma opinião sobre este Hospital em termos da qualidade global do serviço de internamento? (1) que esperava do seu Hospital antes de ser internado? Esperava muito ou pouco? Ou seja, tinha expectativas baixas ou altas? Mesmo escala de 1 a 10?

QUALIDADE APERCEBIDA DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL

Utilizando, novamente, a escala de 1 a 10, onde 1 significa "muito má" e 10 significa "muito boa", vou colocar-lhe algumas questões sobre a sua experiência com o serviço de internamento do "Hospital".

Q4-1 Em relação às suas INSTALAÇÕES, como classificaria a(o) ...⁵

a) Limpeza e higiene das instalações (enfermarias, instalações sanitárias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Conforto e comodidade das enfermarias (em termos da temperatura ambiente, ruído, condicionalidade das camas, estado de conservação das instalações, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Protecção da privacidade nas enfermarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Qualidade global das instalações do Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4-2 PESSOAL**4-2-1 E em relação ao pessoal que realiza o processo de admissão...**

Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal da secretariado e recepção (cortesia, disponibilidade, competência, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4-2-2 E agora em relação aos Médicos que o seguiram no seu internamento, como classificaria a(o) ...⁶

a) Atenção e disponibilidade demonstrados pelo médico (disponibilidade para o ouvir, a capacidade em perceberem o que lhes pretencia transmitir, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Competência e profissionalismo dos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A forma como os médicos lhe explicaram a sua condição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) As explicações dadas pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e os exames realizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Em termos globais como avalia o desempenho dos médicos que o seguiram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-2-3 Relativamente ao pessoal de Enfermagem como classificaria a(o) ...⁷

a) Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Competência e profissionalismo dos enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-2-4 Relativamente ao pessoal auxiliar, como classificaria a ...

Competência profissional dos auxiliares (exemplo: quem faz a limpeza, dá a alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

⁵ Nota: proceder à seleção dos itens, com excepção do item d).

⁶ Nota: proceder à seleção dos itens, com excepção do item e).

⁷ Nota: proceder à seleção dos itens, com excepção do item c).

Q4-3 Durante o seu Internamento no "Hospital" teve de fazer EXAMES ou TRATAMENTOS noutros serviços? (análises, radiografias, pensos, TAC's, etc.)

- 1 Sim (responda a Q4-3A)
 2 Não (segue para Q4-4)
 9 Não Sabe/Não Responde (segue para Q4-4)

Q4-3A Em relação à realização de EXAMES ou TRATAMENTOS, como classificaria a(o)...

- a) Tempo de espera 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
- b) Em termos globais como avalia a qualidade dos serviços prestados na realização de exames ou tratamentos 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q4-4 No que respeita a VISITAS⁹, como classificaria a(o)....

- a) Os Horários de visita (as horas, a duração, etc.) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
- b) Facilidade do acompanhamento por parte dos familiares 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q4-5 Em relação à ALIMENTAÇÃO⁹, como classificaria a(o)...

- a) Qualidade das refeições (Confecção, aspecto, temperatura, quantidade, variedade da smenta, etc.) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
- b) Apoio durante a refeição (por exemplo, caso não conseguisse comer sozinho) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
- c) Em termos globais como avalia a qualidade da alimentação e serviços associados 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q4-6 Em relação ao PROCESSO DE ALTA¹⁰, como classificaria a(o)...

- a) A informação disponibilizada em termos de cuidados e práticas a seguir em casa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
- b) Tempo de espera desde que recebeu a informação da alta do médico e a sua saída do Hospital 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

⁹ Nota: proceder à origem dos itens.

⁹ Nota: proceder à origem dos itens, com excepção do item c).

¹⁰ Nota: proceder à origem dos itens.

Q4-7 Antes de ser internado ou no início do seu internamento foi-lhe dada informação sobre o "Hospital"?
 (Exemplo: foi-lhe entregue o Guia de Acolhimento ou Guia do Utente, onde consta informação sobre: o que levar para o hospital, horário de visitas e de refeições, processo de alta, mapa do hospital, contactos do hospital, etc.)

1 Sim
 2 Não
 9 Não Sabe/Não Responde

Q4-8 Quando do processo de alta foi-lhe dada alguma informação sobre a pessoa a contactar no "Hospital" em caso de necessidade de voltar ao hospital?

1 Sim
 2 Não
 9 Não Sabe/Não Responde

Q5 REALIZAÇÃO DAS EXPECTATIVAS

Terdo em conta as expectativas que discutimos anteriormente e, a sua experiência com o serviço de Internamento no "Hospital", até que ponto considera que este realizou as suas expectativas? Utilize a escala onde 1 significa "muito menos que o esperado" e 10 significa "muito mais do que o esperado"

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q6 LEALDADE

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer Hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher o "Hospital" na próxima vez que tivesse de ser internado(a)? Utilize a escala onde 1 significa "muito improvável" e 10 significa "muito provável".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q7 RECLAMAÇÕES

Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito ao "Hospital"?

1 Sim
 2 Não

Responda à Q8 se a pontuação da Q7 for igual a 1, caso contrário vá para a questão 9.

Q8 RECLAMAÇÕES

Como avalia a forma como a sua mais recente reclamação foi resolvida. Use a escala onde 1 significa "muito mal resolvida" e 10 significa "muito bem resolvida".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Responda à Q9 se a pontuação da Q7 for igual a 2, caso contrário vá para a questão 10.

Q9 RECLAMAÇÕES

Imagine que apresenta uma reclamação ao "Hospital". Em que medida pensa que a sua reclamação seria resolvida? Use a escala onde 1 significa "muito mal resolvida" e 10 significa "muito bem resolvida".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

Q10 RECOMENDAÇÃO

Se um familiar, amigo ou colega tivesse de recorrer a um Hospital qual a probabilidade de recomendar o "Hospital"? Utilize a escala onde 1 significa "muito improvável" e 10 significa "muito provável".

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Q11 O HOSPITAL IDEAL

Imagine um Hospital ideal ou perfeito. Como considera que o "Hospital" se aproxima desse ideal? Utilize a escala onde 1 significa "muito longe do ideal" e 10 significa "muito perto do ideal".

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Q12 Que entidade/serviço determinou o seu Internamento no "Hospital"?

- 1 Consulta externa do "Hospital"
2 Urgência do "Hospital"
3 Transferência de outra entidade/outro serviço Qual?

9 Não sabe

ANEXO VII - O questionário EUROPEP

O questionário EUROPEP

Um grupo de trabalho com representantes dos oito países realizaram uma série de estudos e actividades durante os anos 1995-1999, a fim de desenvolver e testar o instrumento EUROPEP. Muitos questionários internacionais têm sido desenvolvidos e validados para um determinado país, o por vezes na tradução, pode trazer problemas de ordem cultural e linguística. A característica original do instrumento EUROPEP é ter sido desenvolvido por um grupo internacional desde o início. Em representação de Portugal estiveram presentes Pedro Lopes Ferreira; Vitor Raposo e Paula Godinho (2005).

Este inquérito foi realizado em 8 países europeus (Noruega, Suécia, Dinamarca, Reino Unido, Países Baixos, Alemanha, Portugal e Israel) (Grol, 1999) citado por Wensing (2000). Foi desenvolvido um questionário com uma lista estruturada com 5 itens relevantes da prática da medicina geral e familiar: relação médico utente; assistência médica e técnica; informação e apoio; organização dos serviços e acessibilidade. A escala utilizada foi a de *Likert* de 5 pontos de “Má” a “Excelente”.

Itens	Nº questões
Relação Médico/doente	6
Assistência Médica e técnica	5
Informação e apoio	4
Organização dos serviços	2
Acessibilidade	6

Itens do *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* (EUROPEP)

Todos os 38 aspectos foram considerados importante prática da medicina geral e familiar. Os utentes podem categorizar a sua opinião sobre a importância (relativa), bem como classificá-los de acordo com a importância. O questionário foi aplicado n uma amostra de 60 utentes em cada país, no total responderam 3.540 pacientes responderam (taxa de resposta de 55%). Alguns aspectos gerais da medicina geral e familiar foram avaliados em todos os países, como: o tempo suficiente para as consultas; serviço rápido em caso de emergências; confidencialidade das informações; informação aos utentes sobre a sua doença; permitir ao utente que conversar livremente sobre os seus problemas; marcação da consulta com brevidade; formação regular dos clínicos gerais e oferta de cuidados preventivos.

A classificação foi relativamente baixa, no que se refere: ao tempo de espera antes da consulta; os médicos ajudarem os utentes a lidar com problemas emocionais resultantes do seu estado de saúde; instalações convenientes à prática clínica; preocupação com os custos do tratamento; informação escrita sobre os horários e telefones de contacto dos prestadores. Embora tenha havido diferenças na avaliação entre os países, numa forma geral os utentes consideram bom o atendimento.

<i>Doctor-patient-relationship</i>
<i>What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...</i>
<i>1. Making you feel you had time during consultations?</i>
<i>2. Interest in your personal situation?</i>
<i>3. Making it easy for you to tell him or her about your problems?</i>
<i>4. Involving you in decisions about your medical care?</i>
<i>5. Listening to you?</i>
<i>6. Keeping your records and data confidential?</i>
<i>Medical care</i>
<i>What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...</i>
<i>7. Quick relief of your symptoms?</i>
<i>8. Helping you to feel well so that you can perform your normal daily activities?</i>
<i>9. Thoroughness?</i>
<i>10. Physical examination of you?</i>
<i>11. Offering you services for preventing diseases?</i>
<i>Information and support</i>

<i>What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...</i>
<i>12. Explaining the purpose of tests and treatments (eg. screening, health checks, immunisations)?</i>
<i>13. Telling you what you wanted to know about your symptoms and/or illness?</i>
<i>14. Helping you deal with emotional problems related to your health status?</i>
<i>15. Helping you understand the importance of following his or her advice?</i>
Organisation of care
<i>What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...</i>
<i>16. Knowing what he or she had done or told you during contacts?</i>
<i>17. Preparing you for what to expect from specialist or hospital care?</i>
Accessibility
<i>What is your opinion of the general practitioner and/or general practice over the last 12 months with respect to...</i>
<i>18. The helpfulness of the staff (other than doctor)?</i>
<i>19. Getting an appointment to suit you?</i>
<i>20. Getting through to the practice on the phone?</i>
<i>21. being able to speak to the general practitioner on the telephone?</i>
<i>22. Waiting time in the waiting room?</i>
<i>23. Providing quick services for urgent health problems?</i>

ANEXO VIII - *The General Practice Assessment Survey (GPAS)*

The General Practice Assessment Survey (GPAS)

É um instrumento de avaliação da satisfação do utente muito completo, constituindo por 53 questões, compreende sete itens com varias questões, são eles: Acesso; Aspectos técnicos do cuidado; Comunicação; Relações interpessoais; Confiança; Conhecimento do utente e Cuidados de Enfermagem. Dois itens com resposta simples: Admissão e Continuidade de cuidados. E quatro itens de resposta única que dizem respeito à: Referenciação; Organização dos cuidados; Recomendação e Satisfação global.

Itens	Nº questões
Acesso	8
Admissão	1
Continuidade de cuidados	1
Qualidade técnica	5
Comunicação	4
Relações interpessoais	3
Confiança	4
Conhecimento do utente	3
Cuidados de enfermagem	3
Referenciação	1
Organização	1
Recomendação	1
Satisfação global	1

Itens do *General Practice Assessment Survey Questionnaire* (GPAS)

Foi utilizada uma escala de 0 a 100, excepto para a questão da satisfação global em que foi utilizada uma escala de *Likert* de 7 pontos, de “completamente satisfeito, não podia ser melhor” a “completamente insatisfeito, não podia ser pior”.

ANEXO IX - *Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)*

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)

O questionário é constituído por 7 itens, com 18 questões sobre: Satisfação global; Qualidade técnica; Relações interpessoais; Comunicação; Valor; Tempo para a consulta e acessibilidade. A escala utilizada é de *Likert* de 7 pontos, de “Concordo totalmente” a “Discordo totalmente”.

Itens	Nº questões
Satisfação global	2
Qualidade técnica	4
Relações interpessoais	2
Comunicação	2
Valor	2
Tempo para consulta	2
Acessibilidade	4

Itens do *Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)*

**ANEXO X - Pedido de autorização formal à Direcção do Centro de Saúde de
Aldoar**

Ang-ro: T. Justo (peço) (R-b-td)

RECEBIDO
DATA 20/12/08
ASSINATURA

Exma. Senhora Directora do
Centro de Saúde de Aldour

Nada = o/m e
não necessariamente me
avaliacao feb 2008
de Helder e G. G. G.
Dai
15/12/08

Maria da Conceição Veiga Guimarães, aluna de Mestrado em Qualidade, da Universidade Fernando Pessoa (Porto), vem por este meio solicitar a V. Exa., que se digne conceder autorização, para aplicação de questionário de colheita de dados, para a realização da Tese de Dissertação de Mestrado com o tema "Satisfação do Utente dos Serviços de Saúde", que tem como objectivo geral, avaliar a satisfação global dos utentes com os serviços do Centro de Saúde e a qualidade apercebida dos serviços.

Tendo por base a literatura consultada, é unânime o reconhecimento da crescente exigência e expectativas geradas pelo utente em torno dos serviços, constatamos em vários estudos que a avaliação da qualidade e satisfação dos utentes dos serviços de saúde, é considerada uma ferramenta essencial para as organizações medirem a qualidade dos serviços que prestam e consequentemente a sua melhoria.

As Unidades de Saúde Familiar (USF), pelo facto de terem um modelo organizacional próprio, não se pretende neste estudo, inclui-las, limitando assim a pesquisa às Unidades de Saúde de Aldour e Carvalhido.

O instrumento de colheita de dados que se anexa, foi baseado no modelo ECST - *European Customer Satisfaction Index*, já experimentado em diferentes países europeus, pretende avaliar os determinantes ou antecedentes da satisfação (como a imagem da organização; as expectativas dos clientes sobre a organização; a qualidade

apercebida sobre os produtos e serviços da organização e o valor apercebido ou relação qualidade/preço dos mesmos) e consequentes da satisfação (como o tratamento das reclamações e a lealdade do cliente).

Pretende-se iniciar a colheita de dados, quando que a autorização seja formalmente concedida.

Pede deferimento

Porto, 15 de Dezembro de 2008

Conceição Guimarães

ANEXO XI – Questionário do estudo

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**Mestrado em Qualidade****QUESTIONÁRIO****Satisfação do utente e Qualidade Apercebida**

Este questionário faz parte de uma pesquisa de carácter científico, para a realização de uma Dissertação de Mestrado na área da Qualidade, da Universidade Fernando Pessoa (Porto), e tem como objectivo obter informações sobre a avaliação dos utentes do centro de saúde e a sua satisfação com o mesmo. Os resultados deste estudo serão utilizados unicamente para fins académicos.

A investigadora Conceição Guimarães gostaria de solicitar que colaborasse na resposta às questões, pois as suas opiniões e experiências são muito importantes para a execução deste trabalho e um contributo para uma melhoria dos cuidados prestados pelo centro de saúde. Solicitamos que seja o mais sincero nas suas respostas e garantimos que elas serão confidenciais e anónimas. O tempo de preenchimento do questionário é de cerca de 10 minutos.

Agradecemos a sua colaboração.

Secção 1**Q1 - SATISFAÇÃO GLOBAL (SATISF G)**

Considerando toda a sua experiência com o CS Aldoar/Carvalhido, por favor avalie a satisfação global com a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Insatisfeito”; 2 “Insatisfeito”; 3 “Nem Insatisfeito Nem Satisfeito”; 4 “Satisfeito” e 5 “Muito Satisfeito”.

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Secção 2**Q2 - IMAGEM (IMG)**

Por favor avalie a imagem que tem do CS Aldoar/Carvalhido, para cada afirmação utilize a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo Totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sabe Não s/ aplica
1) É um CS de confiança	1	2	3	4	5	6
2) É um CS experiente	1	2	3	4	5	6
3) O CS Preocupa-se com os utentes	1	2	3	4	5	6
4) O CS investe na modernização dos seus serviços	1	2	3	4	5	6
5) O CS contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes	1	2	3	4	5	6

Secção 3**Q3 – QUALIDADE APERCEBIDA (QAG)**

Considerando toda a sua experiência com o CS Aldoar/Carvalhido, por favor avalie a qualidade global, com a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Má”; 2 “Má”; 3 “Nem Boa Nem Má”; 4 “Boa” e 5 “Muito Boa”.

Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Q3-1 – QUALIDADE APERCEBIDA DAS INSTALAÇÕES (QAI)

As questões que se seguem são relativas aos serviços prestados pelo CS, for favor avalie com a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Má”; 2 “Má”; 3 “Nem Boa Nem Má”; 4 “Boa” e 5 “Muito Boa”.

EM RELAÇÃO ÀS INSTALAÇÕES COMO CONSIDERA:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
1) Limpeza e Higiene	1	2	3	4	5	6
2) Conforto e comodidade (em termos de ruído; temperatura; ambiente, etc.)	1	2	3	4	5	6
3) Protecção da privacidade nos consultórios	1	2	3	4	5	6
4) Qualidade global das instalações do CS	1	2	3	4	5	6

Q3-2 – QUALIDADE APERCEBIDA DO PESSOAL DO CS

EM RELAÇÃO AO PESSOAL ADMINISTRATIVO/RECEPÇÃO (QAPA) COMO CONSIDERA:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho do pessoal administrativo	1	2	3	4	5	6

EM RELAÇÃO AO PESSOAL MÉDICO (QAM) COMO CONSIDERA:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho do pessoal médico	1	2	3	4	5	6

EM RELAÇÃO PESSOAL ENFERMAGEM (QAE) COMO CONSIDERA:						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
1) Competência	1	2	3	4	5	6
2) Simpatia/cortesia/respeito	1	2	3	4	5	6
3) Confiança	1	2	3	4	5	6
4) Informação	1	2	3	4	5	6
5) Disponibilidade	1	2	3	4	5	6
6) Duma forma global como avalia o desempenho do pessoal de Enfermagem	1	2	3	4	5	6

EM RELAÇÃO MÉDICO ESPECIALISTA (QAME) COMO CONSIDERA: (Ortopedista)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
Duma forma global como avalia o desempenho do Médico ortopedista	1	2	3	4	5	6

EM RELAÇÃO OUTROS TÉCNICOS DE SAUDE (QATS) COMO CONSIDERA: (Assistente Social; Nutricionista; Psicóloga; Higienista oral)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
Duma forma global como avalia o desempenho dos outros técnicos de saúde	1	2	3	4	5	6

EM RELAÇÃO OUTROS PROFISSIONAIS (QAOP) COMO CONSIDERA: (Auxiliar de Apoio e vigilância; Segurança)						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
Duma forma global como avalia o desempenho dos outros profissionais	1	2	3	4	5	6

Q3-3 – QUALIDADE APERCEBIDA RELACIONAL (QAREL)

COMO CONSIDERA A RELAÇÃO COM PESSOAL DO CS						
	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa	Não sabe Não s/ aplica
Duma forma global como avalia a relação com o pessoal do CS	1	2	3	4	5	6

Q3.4 – QUALIDADE APERCEBIDA DOS SERVIÇOS (ACESSIBILIDADE) (ACB)

As questões que se seguem dizem respeito à acessibilidade no CS, por favor avalie com a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito Mau”; 2 “Mau”; 3 “Nem Bom Nem Mau”; 4 “Bom” e 5 “Muito Bom”.

EM RELAÇÃO À ACESSIBILIDADE COMO CONSIDERA:						
	Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom	Não sabe Não s/ aplica
1) O horário do CS	1	2	3	4	5	6
2) O sistema de marcação de consulta	1	2	3	4	5	6
3) O tempo que esperou pela consulta	1	2	3	4	5	6
4) O tempo que esperou na sala de espera pela consulta, no dia da consulta	1	2	3	4	5	6
5) O acesso ao CS (em termos de transporte publico ou estacionamento se em carro próprio)	1	2	3	4	5	6
6) O tempo que demorou a chegar ao CS	1	2	3	4	5	6
7) Duma forma geral a informação disponibilizada	1	2	3	4	5	6
8) O tempo de espera desde o final da consulta até à saída do CS	1	2	3	4	5	6
9) O atendimento telefónico	1	2	3	4	5	6
10) O serviço ao domicilio do CS	1	2	3	4	5	6
11) Duma forma global como avalia os serviços prestados pelo CS	1	2	3	4	5	6

Secção 4**Q6 – EM RELAÇÃO AO VALOR APERCEBIDO (VAP)**

As afirmações que se seguem dizem respeito ao valor dos serviços prestados pelo CS, por favor avalie com a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo Totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sabe Não s/ aplica
1) O montante das taxas moderadoras é aceitável	1	2	3	4	5	6
2) As taxas e os preços cobrados são exagerados	1	2	3	4	5	6
3) A qualidade dos serviços justifica as taxas cobradas	1	2	3	4	5	6
4) O processo de pagamento é simples	1	2	3	4	5	6

Secção 5**Q7 – REALIZAÇÃO DAS EXPECTATIVAS (EXP)**

Por favor pense no que esperava do CS Aldoar/Carvalhido, tendo em conta a sua experiência actual, e por favor responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem Concordo Nem Discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo Totalmente”

	Discordo totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sabe Não s/ aplica
1) Acredito que o CS tem capacidade para resolver os meus problemas	1	2	3	4	5	6
2) Acredito que o CS tem capacidade para oferecer os serviços de que preciso	1	2	3	4	5	6
3) Acredito na competência dos profissionais de saúde desta unidade de saúde	1	2	3	4	5	6
4) Acredito que o CS se preocupa com o atendimento dos utentes	1	2	3	4	5	6

Secção 6**Q8 – LEALDADE (LEAL)**

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer CS, seria este que escolheria? Por favor responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem concordo nem discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente”.

Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer CS, seria este CS que eu escolheria					
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Secção 7**Q9 – RECLAMAÇÕES (RECL)**

As questões que se seguem dizem respeito às reclamações. Por favor responda, utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Muito mal resolvida”; 2 “Mal resolvida”; 3 “Resolvida”; 4 “Bem resolvida” e 5 “Muito bem resolvida”.

Q9-1 - Alguma vez apresentou reclamação verbal ou por escrito no CS?	1) Sim	
	2) Não	

Se a sua resposta foi sim, responda à questão seguinte, se a resposta foi não passe à questão Q9-3

Q9-2 - Se a sua resposta foi sim , como avalia a forma como a reclamação foi resolvida					
Muito mal resolvida	Mal resolvida	Resolvida	Bem resolvida	Muito bem resolvida	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Q9-3 - Imagine que apresentava uma reclamação no CS como acha que seria resolvida?					
Muito mal resolvida	Mal resolvida	Resolvida	Bem resolvida	Muito bem resolvida	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Secção 8

Q10 – RECOMENDAÇÃO (RECOM)

A afirmação que se segue diz respeito à recomendação, por favor responda utilizando a escala de 1 a 5, em que 1 “Discordo totalmente”; 2 “Discordo”; 3 “Nem concordo nem discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente”.

Recomendaria este CS a um familiar ou amigo					
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe Não s/ aplica
1	2	3	4	5	6

Secção 9

Q11 – QUANTAS VEZES RECORREU AO CS NOS ULTIMOS 6 MESES?	1) Nenhuma	
	2) De 1 a 2 vezes	
	3) De 3 a 6 vezes	
	4). Mais de 6 vezes	

Q12 – QUAL A UNIDADE DE SAUDE A QUE PERTENCE?	1) Unidade de Aldoar	
	2) Unidade de Carvalhido	

Secção 10

Q13 - CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1) Género	1) Feminino	
	2) Masculino	
2) Idade (anos)	1) Menos de 18 anos	
	2) Entre 18 e 24 anos	
	3) Entre 25 e 34 anos	
	4) Entre 35 e 49 anos	
	5) Entre 50 e 64 anos	
	6) 65 Anos ou mais	
3) Estado civil	1) Casado/a ou união de Facto	
	2) Solteiro/a	
	3) Viúvo/a	
	4) Divorciado/a	
4) Habilitações	1) Não sabe ler nem escrever	
	2) Só sabe ler e escrever	
	3) 1º Ciclo do ensino Básico (1- 4º ano)	
	4) 2º Ciclo do ensino Básico (5- 6º ano)	
	5) 3º Ciclo do ensino Básico (7- 9º ano)	
	6) Ensino secundário (10-12º ano)	
	7) Ensino Médio	
	8) Ensino Superior	
5) Situação perante o trabalho	1) Trabalhador por conta própria	
	2) Trabalhador por conta de outrem	
	3) Doméstica	
	4) Desempregado/a	
	5) Reformado/a	
	6) Estudante	