

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Satisfação dos clientes com os serviços de saúde

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Tiago Cocharra de Almeida

Orientadoras: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira
Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro



VILA REAL, 2016

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Satisfação dos clientes com os serviços de saúde:
atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os
serviços de saúde

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Tiago Cocharra de Almeida

Orientadoras: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira
Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro



VILA REAL, 2016

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição, direta ou indireta, para que esta dissertação fosse realizada; particularmente:

À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pela possibilidade de desenvolver este mestrado que se revelou ser, não só uma mais-valia académica e científica, mas também uma peça fundamental para a minha construção profissional e pessoal.

Às Professoras Maria João Monteiro e Conceição Rainho, orientadoras do estudo, por toda a sabedoria e sentido crítico que foram essenciais na condução deste processo que levou a conclusão do trabalho aqui apresentado.

À minha família, sobretudo aos meus pais, pela sua compreensão, atenção, incentivo, pelas preocupações a que os submeti, mas principalmente pelo apoio emocional.

Ao complexo clínico pela facilitação da recolha de dados, nomeadamente aos funcionários administrativos que ajudaram na recolha dos questionários.

Aos clientes que participaram neste estudo, pela confiança e disponibilidade auferida permitindo a consecução deste trabalho.

Resumo

A satisfação dos clientes é vista, atualmente, como um conceito-chave na análise e compreensão da gestão da qualidade em saúde, tanto em Portugal como nos restantes países.

A monitorização da satisfação dos clientes constitui um imperativo ético, moral e social que se apresenta como vantajoso para todos os intervenientes nos processos de saúde, desde os prestadores dos cuidados de saúde até aos clientes. Por um lado, a informação que advém da análise da satisfação dos clientes permite aos diferentes stakeholders melhorarem a sua ação sob a perspetiva do cliente, definindo assim variadas estratégias operacionais. Por outro lado, os clientes estão cada vez mais exigentes com a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo que, conseqüentemente, exigem também uma maior transparência na informação relativa ao desempenho das organizações.

O presente estudo pretende responder à questão: “Qual a satisfação dos clientes com os serviços de saúde prestados por um complexo clínico?”. Assim sendo, tem como finalidade contribuir para a apresentação de propostas que visem a melhoria da satisfação com possíveis implicações na implementação do sistema de gestão da qualidade, tendo em conta a melhoria contínua e a busca da excelência. Como instrumento de investigação foi desenvolvido um questionário de forma a mensurar quantitativamente a satisfação dos clientes. A população-alvo do estudo foram os utentes/ clientes de um complexo clínico de saúde privado localizado no norte do país. Quanto às hipóteses de estudo foram definidos 5 hipóteses referentes à satisfação dos clientes quanto à globalidade dos serviços, bem como quanto ao atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos dos serviços.

Através da análise dos dados obtidos pode-se salientar a existência de uma relação estatisticamente significativa com a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com atendimento e estrutura, satisfação com a admissão e acessibilidade e satisfação com os custos dos serviços de saúde. Contudo, os dados demonstram uma relação moderada entre a satisfação dos clientes com os 3 fatores (atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos dos serviços) e variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional).

Verificou-se assim que os utentes estão, na sua maioria, satisfeitos com os diferentes serviços prestados pelo complexo clínico.

Palavras-chave: Qualidade em saúde, satisfação, cliente, centro clínico

Abstract

Customers' satisfaction is seen, nowadays, as a key concept in the analysis and understanding of quality management in health, both in Portugal and in other countries.

Monitoring customers satisfaction constitute an ethical, moral and social imperative, representing various advantageous to all stakeholders involved in health processes, from the providers of health care services up to customers.

On the one hand, the information which comes from the analysis of customers' satisfaction allows different stakeholders to improve their actions with a customers' perspective, through the definition of several operative strategies. On the other hand, customers are, increasingly, demanding quality of health care services provided by the sector and, consequently, they also require greater information transparency regarding the organizational performance.

The present study aims to answer the follow question: "What is the customer satisfaction with health services provided by a health clinical complex". Therefore, the study aims to contribute for bids draw in order to enhance the clients' satisfaction, also having implications into the implementation of quality management system taking into account a sense of continuous improvement and the pursuit of excellence.

As a research tool it was developed a questionnaire in order to quantitatively measure customers' satisfaction. The target population of the study was users / clients of a private clinical health complex located in the north of Portugal. For the study were defined 5 hypotheses related to customers satisfaction regarding global satisfaction of health care services, as well as customer service and structure, admission and accessibility and, cost of health services.

By analyzing the data obtained it can be underlined the existence of a statistically significant relationship with overall customers satisfaction and customers satisfaction with service and structure, admission and accessibility and costs of health services. Nevertheless, the data show a moderate relationship between customer satisfaction with three factors (service and structure, admission and accessibility and cost of health services) and sociodemographic variables (such as gender, age, marital status, educational attainment, and employment status).

Therefore, it was verified that users' were, mostly, satisfied with the different services provided by the clinical health complex.

Key Words: health care quality, satisfaction, client, medical center

Índice

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XV
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: SAÚDE, QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM SAÚDE	21
2.1. SAÚDE	21
2.1.1. <i>Fatores determinantes da saúde</i>	22
2.2. DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE	26
2.2.1. <i>Qualidade em Saúde</i>	30
2.3. SATISFAÇÃO EM SAÚDE	31
2.3.1. <i>Dimensões da satisfação em saúde</i>	34
2.3.2. <i>Instrumentos de avaliação da satisfação</i>	42
2.3.3. <i>Acreditação das organizações</i>	47
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	51
3.1. FORMULAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	51
3.2. TIPO DE ESTUDO	52
3.3. OS OBJETIVOS E HIPÓTESES	52
3.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	53
3.5. AMOSTRA DO ESTUDO	55
3.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	55
3.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	56
3.8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	59
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	61
4.2. ESTRUTURA FATORIAL DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO COMPLEXO CLÍNICO: VALIDADE DO CONSTRUTO	62
4.3. RESULTADOS RELATIVOS ÀS HIPÓTESES DO ESTUDO	70
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	78
CAPÍTULO VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICE A	91
APÊNDICE B	95
APÊNDICE C	97

Índice de quadros

Quadro 1 - Evolução da definição de qualidade.....	28
Quadro 2 - Descrição dos princípios da gestão da qualidade.....	30
Quadro 3 - Conceitos de satisfação	33
Quadro 4 - Dimensões da satisfação.	39
Quadro 5 - Modelo <i>GAP</i>	45
Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica	62
Quadro 7 - Matriz de coeficientes de correlação linear de Spearman entre os itens da escala de satisfação dos clientes.....	64
Quadro 8 - Coeficiente de saturação dos itens da escala de satisfação em relação a cada fator.	66
Quadro 9 - Estatísticas descritivas relativas aos fatores: atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.....	68
Quadro 10 - Estatísticas descritivas relativas aos itens que integram os fatores: atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.....	69
Quadro 11 - Correlação entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e as variáveis sociodemográficas.	70
Quadro 12 - Correlação entre a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas.	72
Quadro 13 - Correlação entre o fator satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas.....	73
Quadro 14 - Correlação entre a satisfação global dos clientes e as variáveis sociodemográficas.....	74
Quadro 15 – Correlação linear de Spearman entre a satisfação global dos clientes e a satisfação com o atendimento e estrutura, com a admissão e acessibilidade, e com os custos dos serviços.....	75
Quadro 16 - Síntese de resultados das hipóteses do estudo	75

Índice de figuras

Figura 1 - Determinantes da saúde.....	23
Figura 2 - Determinantes socioeconómicos da saúde.....	25
Figura 3 - Dimensões da qualidade	29
Figura 4 - Dimensões que concorrem para a perceção da satisfação.....	41
Figura 5 – Modelo de qualidade de serviço.....	44
Figura 6 - Diagrama ScreePlot da análise fatorial	65

Lista de abreviaturas e siglas

APCER	Associação Portuguesa de Certificação
EN	European Norm
DGS	Direção-Geral de Saúde
DoH	Department of Health
GQT	Gestão da Qualidade Total
HQS	Health Quality Service
ISO	International Standardization Organization
IoM	Institute of Medicine
IQS	Instituto de Qualidade em Saúde
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification
NP	Norma Portuguesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPQ	Sistema Português da Qualidade
TQM	Total Quality Management
UK	United Kingdom
WHO	World Health Organization

Capítulo I - Introdução

Este trabalho, realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, centra-se na área da satisfação dos clientes com os serviços de saúde prestados por um complexo clínico localizado no norte do país. Neste sentido, este capítulo pretende elucidar sobre a relevância deste tema, enquadrando-o no âmbito da gestão dos serviços de saúde, relacionando os objetivos definidos com o tipo de estudo realizado, bem como, uma breve descrição da estrutura de todo o trabalho.

Na atualidade prevalece a opinião geral de que a satisfação é um dos conceitos mais importante e relevante da gestão de qualidade. Em saúde a qualidade também é avaliada através da obtenção de ganhos em saúde, que numa perspetiva multidimensional incluem os indicadores mortalidade, morbilidade, incapacidade e satisfação. (Ministério da Saúde, 2013).

Na opinião de Santos e Biscaia (2007), os países mais desenvolvidos têm adotado políticas que procuram evidenciar e incluir as opiniões, as perspetivas e as expectativas dos cidadãos, dando-lhe uma voz ativa. Aliás, considera-se que estamos no século da qualidade devido a forte consciencialização sobre a mesma. Deste modo, estudar a qualidade é de interesse dos cidadãos e da comunidade em geral. Para Pisco e Biscaia (2001), existe atualmente a legítima expectativa que os cuidados de saúde devem ser de qualidade, isto é, acessíveis a todos os cidadãos, adequados e efetivos, de baixo risco e a custos socialmente suportáveis.

Nos últimos anos, assiste-se a um crescimento de organizações privadas de saúde, que competem num mercado cuja oferta está tradicionalmente ligada às instituições públicas. Assim, relacionada com essa evolução, surgem preocupações com a gestão dos serviços de saúde num mercado cada vez mais competitivo a nível global. Neste sentido, a perceção da qualidade e a satisfação dos clientes são atualmente conceitos muito discutidos entre os diferentes tipos de *stakeholders* do setor da saúde. Gasquet (1999) salienta que a perceção dos clientes quanto à qualidade dos serviços e quanto ao nível de satisfação estão fortemente relacionados. De um modo geral, as organizações de saúde devem atender à perceção que os clientes têm sobre a qualidade dos serviços que prestam. Ainda para Gasquet (1999), os resultados favoráveis ou desfavoráveis no que respeita à satisfação dos clientes permitem, aos órgãos competentes, fazer uma reflexão sobre a qualidade do serviço que oferecem, possibilitando, assim, potenciar ações de modo a melhorarem os serviços prestados.

Para Jesus (2005), a monitorização do nível de satisfação dos clientes constitui um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde deveriam assegurar, pela importância de que se reveste, sobretudo, pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços que tal informação proporciona. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010) reforça que continua a prevalecer uma escassa cultura de avaliação e monitorização dos serviços. É, igualmente, referido no PNS que os diagnósticos efetuados e publicados referentes ao desempenho dos serviços de saúde têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais, bem como a afirmação de lideranças, revelando assim um défice organizacional dos serviços de saúde.

Em termos históricos, as primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, na década de 70, referiam-se à satisfação do utente (Vaitsman & Andrade, 2005). Westaway, Rheeder, Van Zyl, e Seager (2003) realizaram um estudo relevante e pioneiro sobre a satisfação dos clientes concluindo que os utentes com saúde mais debilitada estavam mais insatisfeitos com a qualidade do serviço, enquanto os utentes mais debilitados mentalmente estavam mais insatisfeitos com as relações interpessoais. Os autores supramencionados concluíram também, de acordo com o modelo de Donabedian (1982), que aborda principalmente o aspeto técnico e o aspeto interpessoal, que os cuidados prestados e o local são os fatores que mais influenciam a satisfação do utente.

É após a análise deste contexto, baseado em estudos existentes (Ferreira, 1999, 2000; Florentim, 2006; Fournier & Mick, 1999; Gasquet, 1999; Hunt, 1977; Mendes, 2012; Monteiro, 1991; Ribeiro, 2003; Santos, 1993; Sepúlveda & Raposo, 1998; Wilkin, Hallam, & Dogget, 1992; Wilton & Nicosia, 1986; Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990) que enquadrámos o problema deste estudo, o qual se centra na avaliação da satisfação dos clientes com os serviços de saúde disponibilizados por um complexo clínico do norte do país.

A este propósito, Rodrigues (2010), refere que o conhecimento sobre a satisfação do cliente é vantajosa não só para os mesmos, como para a fidelização com o serviço prestado. De um modo geral, é possível afirmar que os consumidores satisfeitos com o serviço manifestam intenções de continuidade com o mesmo, a longo ou médio prazo. Por outro lado, um cliente insatisfeito pode diminuir a sua procura quanto a esse serviço e procurar serviços alternativos, já que existe uma oferta alargada de serviços de saúde.

Para a gestão das empresas é fundamental entender e analisar a satisfação dos clientes, visto que a sua perceção pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspetiva do cliente, sinalizando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que pode

influenciar o nível de qualidade dos serviços prestados pela organização (Milan & Trez, 2005).

Com o desenvolvimento deste estudo centrado no processo de avaliação da satisfação dos clientes pretendemos elaborar propostas que visem a definição e implementação de medidas conducentes à melhoria da qualidade do serviço que é disponibilizado, e assim acrescentar maior valor ao mesmo. Para Silva (2008), as insatisfações e reclamações manifestadas pelos clientes devem ser alvo de análise e, conseqüentemente, respondidas por parte da entidade reguladora. É importante valorizar e explorar todas as manifestações de insatisfação e todas as reclamações dos clientes, mesmo que pareçam insignificantes e com pouco impacto para gestão dos serviços prestados.

A escolha do tema resulta do nosso interesse pela problemática da satisfação em saúde que se foi consolidando ao longo do desenvolvimento do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Numa vertente mais prática, o presente tema, assume relevância quanto à colaboração nos processos de gestão de um complexo clínico, especialmente quanto à satisfação dos seus clientes. Ou seja, pretendemos contribuir eficazmente e criticamente no melhoramento dos indicadores de satisfação dos seus clientes e, subseqüentemente, na melhoria do sistema de gestão da qualidade que tem vindo, gradualmente, a ser implementado no complexo clínico.

Tanto a nível internacional como a nível nacional, os cuidados de saúde têm vindo a obter melhorias significativas quanto à qualidade do serviço prestado, porém ainda subsistem determinadas lacunas, nomeadamente, problemas de acesso aos serviços de saúde e de continuidade dos cuidados prestados, atrasos na implementação de boas práticas, assim como um défice na avaliação e monitorização (J. Gomes, Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Por outro lado, os cidadãos são cada vez mais exigentes com os serviços prestados, elevando as suas expectativas e exigindo uma maior transparência na informação sobre o desempenho das organizações. Especificamente, os cidadãos exigem uma maior regulação, informação e participação nas decisões nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (Campos et al., 2010).

No panorama atual no setor da saúde, com mudanças repentinas e dinâmicas, é fundamental assegurar que a qualidade dos serviços seja mantida e melhorada. Para Vidigal (2010) muitos fatores podem gerar preocupações quanto à satisfação futura dos utilizadores dos serviços de saúde, são exemplos: a redução de verbas públicas, novas tecnologias, redistribuição de recursos e de recursos humanos, novos tipos de seguros de saúde, iniciativas de reestruturação e reformas dos sistemas de saúde, entre outros.

Partindo da questão central “Qual a satisfação dos clientes com os serviços de saúde prestados por um complexo clínico do norte do país?” este estudo tem como finalidade contribuir para a apresentação de propostas que visem a melhoria da satisfação com possíveis implicações na implementação do sistema de gestão da qualidade, tendo em conta a melhoria contínua e a busca da excelência. Neste sentido definiram-se os seguintes objetivos: *i)* Construir um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os serviços de saúde, com base em diferentes instrumentos utilizados noutras investigações; *ii)* Proceder à análise das propriedades psicométricas da escala de satisfação dos clientes com os serviços de saúde; *iii)* Relacionar os fatores de satisfação dos clientes com os serviços de saúde (atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços de saúde) com as variáveis sociodemográficas; *iv)* Analisar a relação entre a satisfação global dos clientes com os serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas; *v)* Relacionar a satisfação global dos clientes com os serviços de saúde e os fatores atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços de saúde.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, denominado de introdução, aborda de forma sucinta pontos relativos ao enquadramento teórico, motivação e justificação do estudo, bem como os objetivos do estudo. Relativamente ao segundo capítulo, este corresponde à fundamentação teórica intitulado “saúde, qualidade e satisfação em saúde”. Neste capítulo é realizado de forma analítica e crítica a revisão da literatura existente sobre a saúde, a qualidade em saúde, a satisfação em saúde, assim como as dimensões que permitem medir a satisfação em saúde e os instrumentos de medição da satisfação. O terceiro capítulo é constituído por oito subcapítulos e descreve o processo metodológico do presente estudo. Assim sendo são mencionados aspetos relativos à formulação e justificação do problema, tipo de estudo, objetivos, hipóteses, instrumento de recolha de dados, variáveis do estudo, os procedimentos estatísticos e éticos. O quarto capítulo diz respeito à apresentação e discussão dos resultados, pelo que é caracterizada a amostra, e procede-se também à análise das relações entre os fatores e testam-se as hipóteses do estudo. Por último, a presente dissertação encerra com a conclusão, indicando algumas limitações e recomendações.

Capítulo II -Fundamentação teórica: Saúde, Qualidade e Satisfação em saúde

A satisfação dos clientes relaciona-se com um conjunto de dimensões tais como a qualidade dos serviços, o tipo de relação estabelecida com os profissionais, a estrutura física, as condições de acessibilidade, as características sociodemográficas, entre outras. Tal implica que a organização tenha conhecimento da forma como os seus clientes percebem e avaliam a qualidade dos seus serviços e os níveis de satisfação ou insatisfação manifestados pelos mesmos.

Neste capítulo são abordados os conceitos que contribuem significativamente para um conhecimento mais aprofundado do objeto do estudo, nomeadamente a compreensão do conceito de saúde e os fatores determinantes da condição de saúde do indivíduo, a definição e evolução da noção de qualidade e, mais especificamente, a qualidade em saúde e, por fim, a satisfação dos utilizadores de serviços de saúde, as dimensões da satisfação e os modelos existentes de avaliação da satisfação.

2.1. Saúde

Antes de se prosseguir com a compreensão dos conceitos e dimensões de satisfação e qualidade na saúde, importa igualmente entender e analisar a noção de saúde. Este conceito é considerado por Earle (2007) como um conceito abstrato e de difícil concetualização.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como *“um estado de completo bem estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (World Health Organization, 1946). Esta definição ainda prevalece a mais comumente utilizada entre os diferentes profissionais relacionados com a saúde e é tida como a base fundamental na elaboração das concetualizações mais recentes do termo. Para Warwick-Booth et al. (2012) um dos pontos fortes da definição sugerida pela OMS é referente à sua amplitude, já que não assume apenas como uma pessoa saudável aquela que não está doente e, portanto, apresenta uma visão mais positiva e holística da saúde. Por outro lado, a definição tem sido fortemente criticada por diversos autores. Como refere Campos et al. a definição é *“dicotómica, utópica e irrealista”* (2010, p. 11) e para Lucas e Lloyd (2005) é irrealizável e idealística. De acordo com Bircher (2005) a definição usada pela OMS deve ser atualizada tendo em conta tanto as necessidades populacionais bem como as práticas médicas atuais. Campos et al. (2010) salientam, igualmente, que atualmente a maioria da população padece de alguma doença, contudo são consideradas

saudáveis pois apesar das debilidades, físicas ou mentais, são capazes de prosseguir na obtenção dos objetivos vitais e diários. Ainda de salientar que o conceito de saúde deve ser analisado em função de variáveis socioeconômicas, culturais e contextuais, bem como em função de fatores de ordem pessoal como a idade, profissão e etnia do indivíduo. Em 1977, Engel referiu que no conceito de saúde é indispensável incluir elementos bio-físico-sociais da existência humana. Esta diversidade de variáveis e fatores que condicionam a saúde do indivíduo também dificultam a elaboração consensual de uma definição de saúde, levantando, conseqüentemente, diversas questões e debates (Bircher, 2005). Neste sentido, Nordenfelt (2001) ressalta a relação dinâmica entre as exigências feitas durante o ciclo de vida de um indivíduo e a capacidade de resposta do indivíduo às mesmas. Ainda de referir, de acordo com Warwick-Booth et al. (2012), que o conceito de saúde, por um lado, pode ser definido e analisado a partir de uma abordagem positiva, baseada na noção de bem-estar, ou por outro lado, numa abordagem negativista fundamentada na noção de doença e enfermidade.

Considerando todos os aspetos mencionados, Bircher define saúde como *“um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal”* (Bircher, 2005, p. 336).

2.1.1. Fatores determinantes da saúde

Como mencionado previamente, tanto o estado de saúde do indivíduo como o conceito de saúde, depende de diversos fatores internos e externos ao mesmo.

Nicholson e Stephenson (2004), Reidpath (2004) e Swinburn e Cameron-Smith (2004) afirmam que os fatores mais significativos que influenciam a saúde do indivíduo e que possibilitam, identicamente, uma crescente melhoria da qualidade dos serviços prestados são os fatores socioeconômicos, ambientais, culturais e biológicos/genéticos.

Os autores Dahlgren e Whitehead (1992) procederam à representação dos determinantes da saúde. Assim sendo, na figura 1 pode-se verificar que a idade, sexo e os fatores hereditários ocupam o lugar central. Estes fatores são extremamente importantes para a saúde do indivíduo, no entanto são vistos como inacessíveis e impossíveis de influenciar através do aperfeiçoamento de estratégias, políticas e práticas na área da saúde. Contudo, outros fatores, que podem por sua vez ser influenciados, posicionam-se nas camadas em torno do núcleo do modelo. O fator seguinte no modelo referenciado é o estilo de vida do indivíduo, ou seja, as escolhas que o indivíduo faz durante o seu percurso. Estas escolhas estão, sobretudo, relacionadas com comportamentos não saudáveis e até de risco

que incluem fumar, álcool e o uso de outras drogas, uma dieta alimentar fraca ou a ausência de atividades desportivas. A rede social e comunitária é outra dimensão presente e importante na determinação da saúde do indivíduo. Neste sentido, a rede social e comunitária é a família, os amigos e outros ciclos comunitários mais abrangentes que estão presentes na vida do indivíduo. A rede social e comunitária é descrita pelos autores como um fator protetivo em termos de saúde, nomeadamente a qualidade das relações que o indivíduo estabelece com a sua família e pares. Outro fator relevante para a saúde do indivíduo é as condições de vida e de trabalho que refere-se ao acesso a oportunidades, tais como a educação, formação, emprego, sistemas de saúde e social, casa, transportes públicos e amenidades. Este fator inclui o acesso a instalações e facilidades como por exemplo água potável e saneamento, assim como o acesso a bens essenciais como comida, roupa e combustível. Por fim, os fatores mais afastados do centro do modelo são os fatores gerais relacionados com as condições socioeconómicas, culturais e ambientais. De salientar que estes fatores também apresentam um papel essencial na determinação da saúde e têm impacto no bem-estar do indivíduo, designadamente os salários, rendimento disponível, disponibilidade de trabalho, impostos, os preços dos bens essenciais diários. Estes elementos gerais podem afetar as capacidades de gastos dos governos e, subsequentemente, influenciar as políticas sociais e de saúde.

Figura 1 - Determinantes da saúde

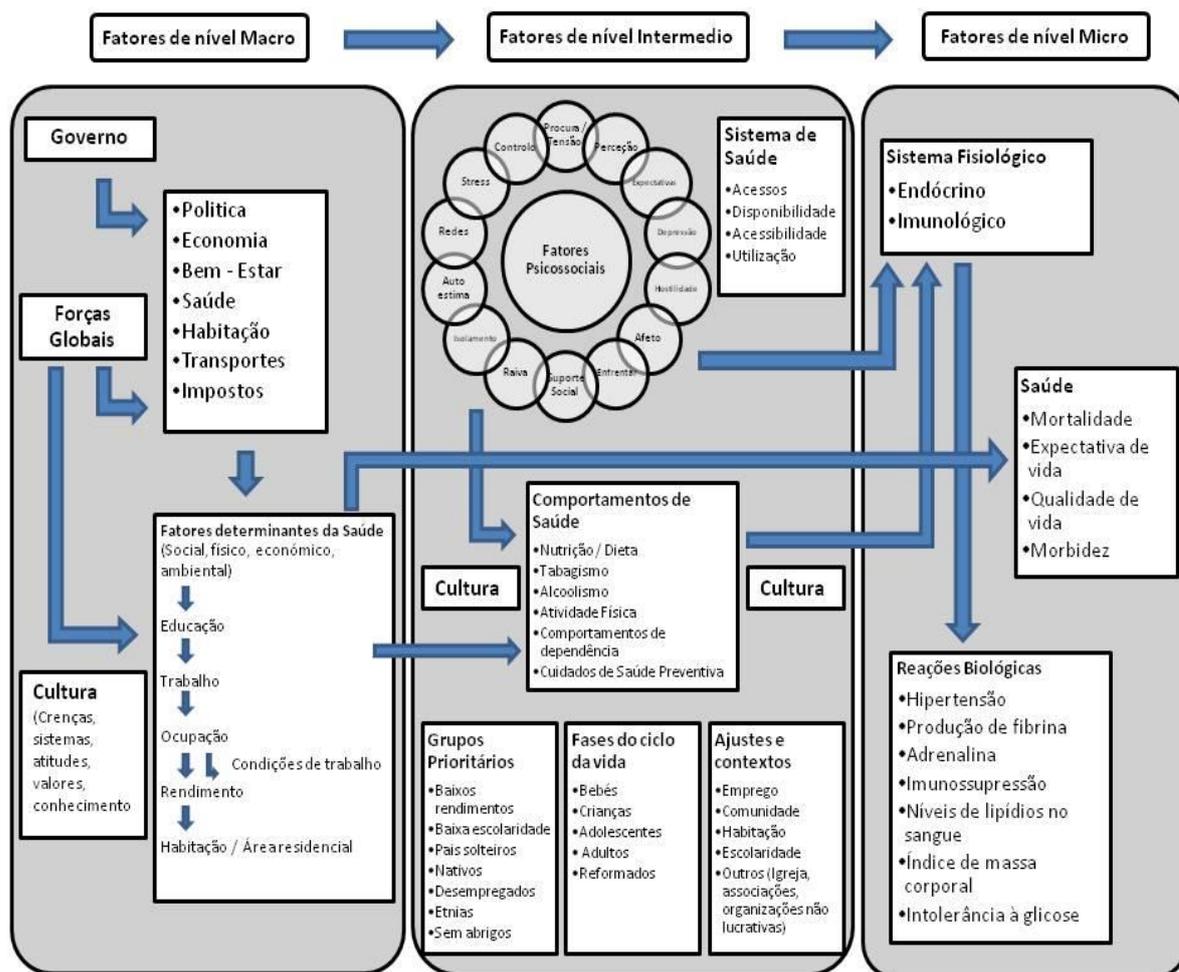


Fonte: Dahlgren & Whitehead (1992)

Considerando que a saúde é um fenómeno multicausal e por não ser um campo exclusivo da intervenção do setor da saúde, considera-se indispensável ter em conta outros fatores e dimensões que influenciam, positiva ou negativamente, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, é fundamental optar por abordagens e estratégias de intervenção transversais em diferentes setores através da implementação de políticas saudáveis na habitação, no trabalho, nos transportes, na agricultura, assim como numa gestão apropriada da energia, água e ar, podendo intervir ainda no desenvolvimento de estratégias com vista na alteração dos comportamentos de risco e no combate à exclusão e discriminação social, entre outras. (Campos et al., 2010).

Com o intuito de melhor enquadrar os fatores socioeconómicos, os autores Turrell, Oldenburg, McGuffog e Dent (1999) identificam três níveis determinantes que têm impacto na saúde do indivíduo. Na figura 2 pode-se constatar os diferentes níveis, bem como, as diversas relações entre as diferentes componentes dos três níveis. No nível macro encontram-se as forças globais, designadamente as políticas de saúde, fatores associados à globalização e fatores sociais, físicos, económicos e ambientais. No nível intermédio consideram-se os estilos de vida e os programas individuais de prevenção e modificação dos comportamentos de risco. Assim, neste nível é considerado os fatores psicossociais, nomeadamente os comportamentos da população em relação ao estado de saúde, os grupos prioritários, situações da fase da vida e possíveis ajustes ao contexto. Por sua vez, no nível micro integram-se os sistemas de tratamento, gestão da doença e investigação clínica. Os três níveis devem ser apresentados e analisados nesta sequência, isto é, do nível macro até ao nível micro, pois de acordo com os autores no topo do esquema encontram-se os aspetos de âmbito mais geral, como a dimensão político-social e institucional, passando pelos fatores ambientais e pela educação para a saúde, até à base do esquema que diz respeito ao indivíduo e aos cuidados com a saúde e tratamento da doença.

Figura 2 - Determinantes socioeconómicos da saúde.



Adaptado: Turrell et al., 1999

Através da identificação dos três níveis distintos e das interpelações existentes entre os mesmos, Turrell et al. (1999) pretendeu reforçar o conhecimento existente sobre as condicionantes da saúde dos indivíduos e, sobretudo, identificar possíveis elementos estratégicos de intervenção que possam ser discutidos pelos decisores políticos e, mais tarde, implementados junto da população.

Por sua vez, Campos et al. (2010) realçam a importância dos fatores inerentes ao indivíduo e não modificáveis, designadamente os fatores biológicos (idade, género, raça e etnia) e genéticos. De salientar que estas variáveis têm um impacto expressivo na condição de saúde dos indivíduos, bem como na forma como estes percebem a satisfação dos cuidados prestados. Campos et al. (2010) consideram ainda os fatores modificáveis, sobre os quais cada indivíduo pode atuar, tendo a capacidade de reverter ou prevenir determinada doença. Dentro dos fatores modificáveis, é de salientar fatores culturais como o sistema de

valores e crenças adotado por cada um, as convenções sociais e as atitudes; os fatores sociais nomeadamente a aquisição de hábitos de saúde saudáveis, influenciado pela alimentação, prática de exercício físico, uso de tabaco ou drogas, níveis de stress e hábitos sexuais, bem como a forma como os cidadãos procuram e implementam os cuidados relativos à saúde, alterando deste modo os seus comportamentos de risco. Para estes autores, não são apenas os fatores intrínsecos ao indivíduo que condicionam os resultados da sua saúde, todavia as características dos cuidadores e da comunidade envolvente, podem também influenciar determinadamente a saúde e a qualidade de vida de um indivíduo. A aptidão e competência dos cuidadores, o suporte social oferecido pelas redes de apoio competentes, os valores, a cultura, as tradições, as normas sociais, assim como a assistência cedida pelos cuidadores e pela comunidade, determinam os resultados, a satisfação e a qualidade na saúde.

Analisando as considerações referidas previamente, pode-se salientar que o estado de saúde de um indivíduo pode ser exposto como um potencial inerente aos mesmos, ou seja, como uma ferramenta que estes dispõem para alcançar a curto, médio e longo prazo as imposições e as exigências do ciclo de vida. Ainda de salientar que diversos fatores de variadas índoles influenciam o bem-estar do indivíduo e estão intrinsecamente associados à perceção dos resultados de saúde.

2.2. Definição e evolução do conceito de Qualidade

É importante considerar em termos concetuais a palavra qualidade. Assim, qualidade deriva do étimo *qualilate* (lat.), que designa cada uma das propriedades ou caracteres, naturais ou adquiridos, que caracterizam as pessoas e as coisas pelas quais se distinguem das outras. Qualidade é uma das categorias fundamentais que indicam as particularidades (*qualisest*) de um indivíduo como elemento diferenciador da sua essência, da sua qualidade (*quidest*), isto é, o que uma coisa é em si (Rodrigues, 2010).

Ao analisar o conceito de qualidade é imprescindível referir os três principais especialistas deste campo que são reconhecidos como os mestres da qualidade, designadamente Philip B. Crosby, W. Edwards Deming e Joseph M. Juran. Para (Crosby, 1984, 1989) a qualidade deve ser implícita e estar em conformidade com os pré-requisitos. Neste sentido, a qualidade deve ser definida com base em objetivos mensuráveis e claramente definidos previamente, de forma a apoiar a organização na tomada de decisão, com base em metas tangíveis, em oposição à mera opinião e experiência dos indivíduos. Crosby (1989) salienta que os gestores devem medir a qualidade através do controlo dos custos tidos com os erros, sendo esta a variável visível e indicativa do progresso da

organização. Por sua vez, Deming não define a qualidade numa única frase. Este autor coloca a ênfase no cliente, referindo que é este que tem o poder de analisar e medir a qualidade de um produto ou serviço prestado (Suarez, 1992). Assim sendo, a qualidade é um conceito variável de acordo com as necessidades e expectativas do cliente. Para Deming os gestores devem ter consciência da importância dos métodos de investigação quantitativa como uma ferramenta indispensável nas operações diárias de uma organização, já que procuram prever e analisar os comportamentos dos clientes. A dificuldade em definir claramente o conceito de qualidade deve-se à complexidade de traduzir e prever as necessidades futuras dos clientes em características mensuráveis (Deming, 1982). Outro autor com grande impacto na área da gestão da qualidade é Joseph M. Juranque enfatiza as características do produto e assume que um produto é de qualidade quando isento de deficiências ou falhas. Juran e Gryna (1988) referem-se à palavra produto como o resultado de qualquer processo, que pode incluir tanto produtos (tangíveis e intangíveis) e serviços. Outra particularidade que Juran (1988) utiliza na sua definição é o produto isento de deficiência, ou seja, a ausência de erros e falhas durante todo o processo de produção do artigo ou serviço, nomeadamente até no ato de entrega do mesmo ao cliente. Para o autor, estas falhas, de pequenas ou grandes dimensões, criam problemas para o cliente, pelo que, conseqüentemente, este fica insatisfeito. Ainda de referir que Juran (1988) é reconhecido por ter introduzido a noção de trilogia da qualidade: qualidade no planeamento, qualidade no controlo e qualidade na melhoria.

Uma década mais tarde, Fitzgerald (1993) afirma que *“qualidade do serviço é a totalidade de aspetos e características do pacote do serviço que se apoia na sua capacidade de satisfazer o cliente”*. De maneira homóloga Lovelock e Wright (2001) definem qualidade do serviço como *“uma opinião geral do cliente sobre a entrega do serviço constituída de uma série de experiências bem e mal sucedidas”*. Por sua vez, Parasuraman, Zeithaml e Berr (1988) definem de forma concisa a qualidade de serviço como a diferença entre as expectativas que os clientes criam relativamente a um serviço ou produto e a percepção que eles têm do mesmo depois de utilizá-lo.

No quadro 1, apresentam-se, numa perspetiva cronológica, as definições de qualidade propostas por diferentes autores:

Quadro 1 - Evolução da definição de qualidade.

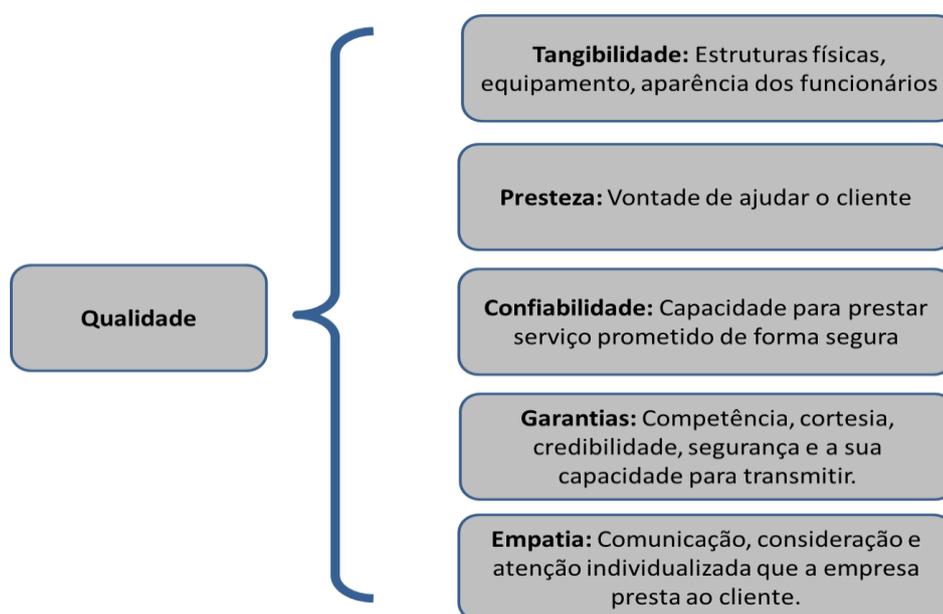
Autor	Definição de Qualidade
Joseph Juran (1951)	Satisfação e maximização das expectativas do cliente.
Armand Feigenbaum (1956)	É uma forma de gerir os negócios da empresa. O objetivo é a completa satisfação do cliente.
Philip Crosby (1979)	Conformidade com especificações, necessidades e requisitos dos clientes
William Deming (1982)	Reconhecimento da responsabilidade da gestão no alcance da qualidade. Desenvolveu "14 pontos" para orientar as empresas em termos de qualidade e melhoria contínua.
Kaoru Ishikawa (1985)	Percepção e satisfação das necessidades do mercado. Adequação ao uso dos produtos e homogeneidade dos resultados do processo. Visão sistémica da organização.
Masaaki Imai (1986)	Tudo aquilo que possa ser melhorado. Numa primeira abordagem, Qualidade é frequentemente associada com a Qualidade do produto.
Genichi Taguchi (1986)	Engenharia da Qualidade. Na ótica do consumidor, o valor que terá de pagar pelo produto ou serviço, representa por si só uma perda. Quando esse mesmo produto está associado a uma qualidade reduzida, para o consumidor representa uma perda extra na hora da compra. Assim, um dos objetivos inerentes à engenharia da qualidade passa por diminuir a perda total para o cliente. Foco na qualidade do design do produto e do serviço.
David Garvin (1988)	Evidencia o aspeto dinâmico do termo qualidade e mostra que o conceito muda conforme o contexto de quem avalia.
George English (1992)	Medida pelo custo de fazer coisas erradas. Custo de não qualidade.

Fonte: Adaptado de Crosby, 1989; Deming, 1982; Gomes, 2004; Guedes, 2012; J. M. Juran & Gryna, 1988

Após a análise das diferentes definições apresentadas pelos autores supracitados, pode-se concluir que a qualidade não é um valor absoluto mas configura-se como um conceito multidimensional, no qual contribuem múltiplos fatores. Sendo a qualidade um conceito complexo, surge a necessidade de avaliar as suas diferentes dimensões. Em 1985,

Parasuraman, Zeithaml e Berry identificaram dez dimensões da qualidade: i) acesso, ii) comunicação, iii) competência, iv) cortesia, v) credibilidade, vi) confiabilidade, vii) presteza, viii) segurança, ix) tangibilidade e x) compreensão do cliente. Estas dimensões explicam os fatores que influenciam a qualidade percebida pelos clientes. Mais tarde em 1988 os mesmos autores, restringiram o número de dimensões para cinco após a análise de diversos estudos empíricos, designadamente: i) empatia, ii) tangibilidade, iii) garantias, iv) confiabilidade, v) presteza, como elucidados na figura 3.

Figura 3 - Dimensões da qualidade



Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry 1988

Uma abordagem recente na gestão das organizações é a gestão da qualidade mais propriamente a Gestão da Qualidade Total (TQM, Total Quality Management). Para Guedes (2012) a TQM é, frequentemente, usada para designar qualquer coleção de técnicas, programas ou alterações, escolhidas pelos gestores em prol da melhoria de forma a instituir na organização a alteração pretendida.

Desta forma, entende-se que a gestão da qualidade tem por objetivo a melhoria contínua da performance pela ótica do cliente, tendo em consideração as necessidades de todas as partes interessadas.

No quadro seguinte são enunciados os oito princípios da gestão da qualidade e uma apresentação da descrição sumária de cada um deles.

Quadro 2 - Descrição dos princípios da gestão da qualidade

Princípios	Descrição
Enfoque no cliente	As organizações dependem dos seus clientes, e por isso devem ir ao encontro das suas necessidades e devem definir constantemente estratégias para exceder as suas expectativas.
Liderança	Os líderes criam Visão e Missão da organização, no sentido de manter um ambiente interno capaz de proporcionar um envolvimento total quanto ao alcance dos objetivos da organização.
Envolvimento dos colaboradores	As pessoas são a essência da organização.
Abordagem por processos	Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente se os recursos e as atividades relacionadas forem geridos como um processo; tem a vantagem de obrigar a pensar em conjunto e trabalhar de forma articulada.
Abordagem da gestão como um sistema	Identificar, entender e gerir um sistema de processos inter-relacionados para a concretização de um dado objetivo melhora a eficácia e eficiência da organização.
Melhoria contínua	Deverá ser um objetivo permanente da organização.
Abordagem factual para a tomada de decisões.	As decisões são tomadas com base em dados e informação.
Relações de mútuo benefício com fornecedores.	As organizações e os seus fornecedores são interdependentes.

Fonte: Garwin (1987)

2.2.1. Qualidade em Saúde

De modo mais particular a qualidade da prestação de serviços de saúde é hoje entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes / clientes. Em consequência, é fundamental ir ao encontro das suas necessidades e expectativas, de forma a conseguir um elevado grau de satisfação. Ao abordar a qualidade nos serviços de saúde é importante compreender o conceito, não apenas no seu âmbito geral, mas como se relaciona no campo de ação da saúde e as suas especificidades.

Apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define considera-se importante, tanto num contexto geral como nas práticas da área da saúde, eleger uma formulação que sirva de referência.

Donabedian (1982) salienta que as diferentes formulações feitas em torno do conceito de qualidade da saúde são todas legítimas, contudo dependem das particularidades contextuais e ambientais de onde o sistema de saúde se localiza e da natureza e extensão da responsabilidade dos cuidadores de saúde. Campos et al. (2010), fazem menção à definição utilizada pelo Institute of Medicine (IoM) (1990) em que a

qualidade em saúde relaciona-se com o grau em que os serviços de saúde ao servir as populações, aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde desejados, de acordo com o conhecimento e competências dos profissionais. Também mencionado por Campos et al. (2010) outras instituições, como o Conselho da Europa e a OMS, têm apresentado outras propostas que, no entanto não acrescentam nada significativo a estas. Neste sentido, na opinião destes autores a formulação proposta pelo Programa Ibérico, em 1990, é ainda das definições mais completas. De acordo com o Programa Ibérico (Campos et al., 2010) a qualidade em saúde é percebida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Na prestação de cuidados incluiu a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com Reid e Sanders (2005) a qualidade em saúde afirma-se em três dimensões, nomeadamente os princípios de qualidade, os conhecimentos e competências dos profissionais e o mercado. Assim a qualidade é o grau de exigência que os indivíduos e a população procuram que aumenta a probabilidade dos resultados desejados serem consistentes com as capacidades e conhecimento do profissional de saúde e, conseqüentemente, satisfaz as necessidades e expectativas do cliente / doente.

Pode-se concluir que a qualidade dos serviços de saúde e dos seus profissionais é amplamente reconhecida, sendo o resultado do investimento feito durante diversos anos e o fruto de uma maior consciencialização de que a qualidade é um elemento fundamental da prestação de cuidados (Mendes, 2012). A qualidade é considerada um fator fulcral que exerce influência e aperfeiçoa o futuro do setor da saúde. A medição da qualidade e a tentativa de satisfazer os clientes irão aperfeiçoar igualmente as práticas dos profissionais de saúde, bem como os processos de atendimento, acompanhamento e tratamento do doente. Assim sendo, a qualidade pode definir o sucesso ou o fracasso dos profissionais de saúde, dos complexos de saúde e dos hospitais (Buttell, Hendler, & Daley, 2007).

2.3. Satisfação em saúde

Medir a satisfação é uma atividade intrínseca ao processo de melhoria contínua da qualidade. A avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde é essencial para tornar visível a perceção do utilizador dos serviços, e assim, proceder a melhorias no desempenho dos profissionais de saúde bem como na oferta dos serviços. A avaliação da satisfação tem sido um desafio que assumiu cada vez maior relevância internacional e nacional, manifestando-se não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes.

A satisfação dos doentes é um indicador de qualidade, considerado um indicador de resultado, de grande importância, que é obtido principalmente através de inquéritos de satisfação. Estes inquéritos são uma ferramenta importante para identificar a qualidade percebida pelos utentes e para facilitar a sua participação e *empowerment*. Os cidadãos deverão ser capazes e ter a oportunidade de expressarem as suas opiniões, necessidades e expectativas, atribuindo-lhes assim também responsabilidade pela sua saúde, de forma informada e capaz de tomarem as suas próprias decisões. É uma forma de tornar os utentes codecisores e corresponsáveis pelas decisões e pelos serviços que as instituições proporcionam à comunidade. O que está de acordo com o preconizado pelo PNS 2012-2016 no qual se pode observar a seguinte observação “perspetivas estratégicas para o desenvolvimento da cidadania e saúde investe-se no reforço no poder e na responsabilidade do cidadão... para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment)” (Ministério da Saúde, 2013 pág 38).

Esta preocupação resulta de um conjunto amplo e intrinsecamente ligado a vários fatores de entre os quais se destacam: as questões económicas e de eficiência; a pressão da sociedade para uma melhor qualidade dos serviços; a ocorrência de situações adversas; a exigência de responsabilidade social; a necessidade de conhecer o grau de satisfação dos doentes; e a dificuldade de melhorar a qualidade em saúde sem recorrer a mecanismos que a permitam medir e avaliar (Mendes, 2012).

Por volta dos anos 70, a Europa assistiu a vários movimentos que fizeram parte de um grande processo de transformações económicas, políticas e culturais. Essas transformações deram aos utentes / clientes um novo papel na avaliação dos serviços de saúde com o aparecimento de novos modelos de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços.

É nesta década que começaram a surgir as primeiras definições de satisfação do cliente, fazendo referência às emoções, designadamente o prazer e a felicidade. Para Hunt (1977) a satisfação é uma emoção proveniente de resultados práticos e de experiências associadas à compra de bens ou serviços. Wilton e Nicosia (1986) abandonam a perspetiva da satisfação do utente como um processo meramente estático. Para os autores a satisfação do utente é um processo complexo que resulta das interações em vários momentos de compra ou do uso do serviço prestado. Assim sendo, esta perspetiva afirma que a satisfação não é um produto estático resultante de um único episódio, mas um sentimento resultante de uma série de atividades contínuas ao longo de um determinado tempo. De acordo com Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) a satisfação do utente baseia-se no paradigma da “desconfirmação” das expectativas do cliente. Por outras palavras, a satisfação é obtida quando o cliente compara o que recebe com o que expectaria receber,

de acordo com a sua necessidade e perspectiva. Ainda nesta linha de pensamento, Fournier e Mick (1999) definem a satisfação como um fenômeno complexo, ao estudarem empiricamente a teoria da desconfirmação. O modelo da desconfirmação (ou também designado de desconformidade), significa que as expectativas e os resultados que os consumidores têm com um produto ou serviço estão intimamente relacionados entre si. Segundo este modelo, quando as expectativas são atendidas, existe satisfação, quando não são atendidas, existe insatisfação. Por outras palavras existe satisfação quando a expectativa é alcançada, sendo considerado, como já referido previamente, como um processo dinâmico, com uma forte componente social que inclui raciocínios e afetos. A satisfação está dependente de elementos contingentes podendo por isso situar-se em cada caso em diferentes paradigmas, modelos teóricos e modelos explicativos. Ainda de salientar, que a satisfação é mediada pelo contentamento geral com a experiência da vida. Contudo, Cronin e Taylor (1994) afirmam que apenas a qualidade do serviço ou produto é passível de criar intenções de aquisição de uma forma mais duradoura e realçam a necessidade de avaliar a percepção da qualidade dos serviços prestados. Outros autores como Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007) consideram a satisfação como uma emoção mas num sentido mais lato, dando enfoque à surpresa. Identicamente, alguns estudos concluem que a satisfação do cliente tem um caráter afetivo.

Landrum, Prybutok e Zhang (2007) definem a satisfação como uma sensação resultante de uma experiência atual. Por sua vez, Clerfeuille, Poubanne, Vakrilova e Petrova conjugam estas definições e preconizam a satisfação do utente “*como um processo que resulta de processos cognitivos e julgamentos emocionais*” (2008, p. 259).

Atualmente, a nível das neurociências, começa a surgir alguma bibliografia no âmbito da psicofarmacologia que define algumas sensações de “satisfação” em termos de proteínas e neurotransmissores. Talvez no futuro se possa aliar a atividade destas proteínas às atuais técnicas de medição de satisfação (Lopes, 2007, p.37).

No quadro 3 apresentam-se as diversas definições do conceito de satisfação que os autores supracitados referem nos seus estudos.

Quadro 3 - Conceitos de satisfação

Autor	Conceitos de satisfação
Howard e Seth (1969)	Satisfação corresponde ao intervalo entre a percepção e a expectativa.
Keith Hunt (1977)	Sublinha a importância da componente cognitiva. Fatores diversos como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio, fazem parte do desenvolvimento intelectual.
Richard Oliver (1977)	Modelo da desconfirmação adaptado à satisfação. Este modelo está intimamente ligado às expectativas que os consumidores têm com um

	produto/serviço. Quando as expectativas são atendidas, há satisfação quando não acontece, há insatisfação. Por outras palavras é a expectativa alcançada.
Wilton e Nicosia (1986)	Rejeitam a perspectiva da satisfação do utente como um processo estático
Westbrook e Richard Oliver (1991)	Enfatiza o Modelo da Desconfirmação, ou seja, a comparação das expectativas do cliente com as suas perceções a respeito de um serviço real.
Bolton e Drew (1991)	A satisfação do cliente é uma função da desconfirmação que advém das discrepâncias entre expectativas prévias e performance atual.
Zeithaml et al (1993)	Comparação entre o serviço previsto e o percebido.
Richard Oliver (1996)	A satisfação é a resposta completa do consumidor. É um julgamento acerca do caráter de um produto ou serviço em si mesmo, fornecido num nível confortável relacionado com o consumo-satisfação.
Fournier e Mick (1999)	Definiram a satisfação como um fenómeno complexo, após estudarem empiricamente a teoria da desconfirmação
Zeithaml, Bitner e Gremler (2006)	A expectativa é o elemento central da satisfação.
Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007)	Consideraram a satisfação como uma emoção, com enfoque na surpresa.
Landrum, Prybutok e Zhang (2007)	Satisfação é uma sensação resultante de uma experiência atual.
Clerfeuille et al (2008)	A satisfação é um processo que resulta de processos cognitivos e julgamentos emocionais

Fonte: Adaptado Lopes (2007)

Após a descrição sintética dos conceitos de satisfação desenvolvidos por diferentes autores, concordamos com Zeithaml, Bitner e Gremler (2006), quando afirmam que a “expectativa é o elemento central da satisfação”, pois se os serviços correspondem às expectativas dos clientes resultará num nível de satisfação superior e consequentemente aumentar o sucesso da organização

2.3.1. Dimensões da satisfação em saúde

A prestação de cuidados incorpora sempre a vertente técnico-científica, relação interpessoal profissional/utente e amenidades (Marques, 2010). O conceito de prestação de serviço de saúde para ser operacionalizado deve ser abordado em dois aspetos fundamentais, nomeadamente, técnico e interpessoal (Donabedian, 1982). O aspeto técnico está relacionado com a aplicação das competências, conhecimentos e tecnologias pelos profissionais de saúde, enquanto o aspeto interpessoal é a interação psicossocial entre o cliente e profissional de saúde. A componente interpessoal corresponde ao aspeto sociopsicológico da interação entre o profissional de saúde e o utente/cliente em termos de amizade, cortesia, sinceridade e paciência. Para Donabedian (1982) as normas interpessoais que orientam, especialmente, a relação entre profissional de saúde e cliente

acabam por derivar, à semelhança de qualquer outra relação social, de princípios e normas éticas. Desta forma, a qualidade das relações interpessoais é um dos aspetos mais importantes para os doentes na avaliação da satisfação dos cuidados prestados, acabando mesmo, por conseguir afetar a qualidade técnica dos cuidados de saúde e o resultado do tratamento.

Assim sendo, centrado nos cuidados de saúde podemos mencionar inúmeras perspetivas sobre as características interpessoais e o processo técnico dos cuidados. Para além destas duas componentes, são ainda muitas vezes referidas, para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, as amenidades (propriedades de um estabelecimento ou dos próprios cuidados). Por exemplo, a acessibilidade, atributos estéticos, gabinete médico, conforto, temperatura, limpeza da sala de espera, casas de banho, etc.

Na identificação das dimensões e variáveis que mais influenciam a satisfação do utente, uns autores referem que a satisfação parece depender do tempo dos cuidados prestados e do contexto em que ela é estudada, enquanto outros autores referem que está relacionada com as características dos utentes, dos profissionais de saúde, do relacionamento entre o profissional de saúde e o utente e de fatores estruturais e de localização. Devido à abundância de dimensões sobre a satisfação e variáveis que explicam a satisfação dos utentes, consideramos pertinente elaborar uma breve abordagem, cronológica, segundo alguns autores.

Ware (1978) desenvolveu uma taxonomia da satisfação dos utentes com oito dimensões: arte dos cuidados/estilo interpessoal ou comportamento interpessoal, qualidade técnica dos cuidados, acessibilidade e conveniência, financiamento ou forma de pagamento dos serviços, ambiente físico, disponibilidade dos prestadores de cuidados, continuidade e resultados dos cuidados. Por sua vez, Linder-Pelz, (1982) identificou dez dimensões similares às encontradas por Ware (1978), nomeadamente, acessibilidade, disponibilidade de recursos, continuidade dos cuidados, resultados dos cuidados, financiamento, humanidade, recolha de informação, dívida de informação, ambiente agradável e competência.

Cleary & McNeil (1988) são de opinião que a satisfação global tem um interesse relativo, quando utilizada de forma isolada, pois não permite determinar os aspetos específicos dos cuidados que são tidos em conta para alcançar um julgamento global sobre a qualidade dos mesmos. Por isso, salientam como determinantes da satisfação do utente as características sociodemográficas, estado físico e psicológico, atitudes e expectativas sobre os cuidados de saúde, bem como a estrutura, processo e resultados da prestação de cuidados.

Ware destaca as variáveis tradicionais da satisfação, designadamente o financiamento, a continuidade, a disponibilidade e o acesso aos cuidados, mas refere novas variáveis, tais como a qualidade percebida do atendimento (follow-up, grau de informação dada, medidas preventivas, prudência, modernidade, segurança) e a humanidade do encontro (cortesia e respeito). Por outro lado, Linn (1988) amplia as variáveis de Ware colocando ênfase na eficácia. Carr-Hill (1992) destaca como dimensões de satisfação a humanização, a informação, a qualidade global, a competência técnica, o acesso/disponibilidade, o custo, a continuidade e os resultados. Um caso exemplar da implementação das dimensões da satisfação no âmbito da saúde é o Reino Unido, em que o Conselho Nacional de Consumidores enfatiza e sugere sete princípios orientadores tanto para a ação dos prestadores de saúde como para os utentes, designadamente o acesso, escolha, informação, envolvimento, segurança, valor do dinheiro e equidade (Carr- Hill, 1992).

Monteiro (1991) num estudo sobre satisfação em saúde numa perspetiva da garantia da qualidade, identificou doze dimensões: elementos relativos à admissão, acolhimento, prestações hoteleiras, conforto, higiene das instalações, visitas, alta hospitalar, ocupação dos tempos livres, apoio para cuidados básicos, relações interpessoais, competência e estado de saúde do utente.

No estudo que Santos (1993) realizou, contemplou as seguintes dimensões: admissão e acolhimento, cuidados de enfermagem, assistência médica, apoio para cuidados básicos, alimentação, conforto da enfermaria, visitas, alta hospitalar, apreciação global, estado de saúde e informação geral.

Wilkin, Hallam e Dogget (1992) distinguem quatro dimensões: conduta do médico, utilidade dos cuidados, continuidade/conveniência dos cuidados e mecanismos de acessibilidade.

Por sua vez, Graça (1994) refere várias dimensões da satisfação, tais como: acessibilidade/conveniência; disponibilidade de recursos; continuidade, integração e personalização dos cuidados; eficácia (resultados) dos cuidados; custo (em termos financeiros); amenidades e humanização; informação (por parte dos profissionais) e percepção da qualidade/competência (em termos técnicos).

Em 1997 Adwan e Abedl-Halim efetuaram um estudo em que foram entrevistados 800 doentes de hospitais públicos e privados na Jordânia sobre os fatores associados com a satisfação dos cuidados. O resultado mostrou que a limpeza do hospital, a disponibilidade de seguro de saúde, e a atitude dos médicos e funcionários estão associados com a satisfação do doente internado. Entre os fatores mais significativos encontra-se o tipo de

hospital e a limpeza, sendo que a atitude dos médicos e funcionários representava apenas 5% da variação.

Sepúlveda e Raposo (1998) concluíram que as dimensões a avaliar, passíveis de gerar satisfação ou insatisfação nos utentes são: facilidade de acesso aos cuidados, amenidades e dimensões clínicas dos cuidados prestados. Nesta última, é de salientar a importância da duração do contacto com o profissional de saúde, o esclarecimento de informações, a disponibilidade, o envolvimento do utente no processo, o atendimento, a confiança e a continuidade dos cuidados.

Meterko et al. (1999) referem-se ainda a um estudo sobre satisfação hospitalar onde um grupo de investigadores construiu uma taxonomia da satisfação dos utentes com seis dimensões, nomeadamente, enfermagem e cuidados diários, ambiente hospitalar, pessoal médico, informação, admissão e alta.

No sentido de medir a satisfação dos utentes, Ferreira (1999) refere-se a seis dimensões dos cuidados consideradas cruciais nos estudos efetuados por Irvine e Irvine (1996): cuidados pessoais (seguros e efetivos), acessibilidade aos serviços, escolha dos profissionais de saúde, continuidade de cuidados, coordenação com outros serviços e cuidados domiciliários quando necessário. Williamson (1992) também refere o aspeto da autonomia dos doentes e inclui-a numa lista composta por respeito, apoio, informação, controlo, tomada de decisão e escolha. Num estudo realizado sobre avaliação da qualidade dos cuidados primários sob a perspetiva dos utentes dos Centros de Saúde, Ferreira (2000) identificou cinco dimensões: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação e organização dos serviços. Em 2005 o autor voltou a realizar um estudo que abordava a satisfação dos utentes e identificou as mesmas dimensões e características que anteriormente.

Salomon, Gasquet, Mesbah e Ravaud (1999) referem-se às dimensões da satisfação, apresentando-a também como um fenómeno multidimensional, mas, das muitas catalogações existentes, propõe apenas quatro: a satisfação global, as relações interpessoais, os aspetos técnicos dos cuidados e as prestações não clínicas. Também refere que, quando é avaliada a satisfação global, geralmente os níveis de satisfação obtidos são elevados e se superior a 80%, torna-se pouco sensível à mudança, o que reduz o seu carácter informativo.

Ribeiro (2003) no seu estudo mede a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem segundo seis dimensões: qualidade na assistência, envolvimento do utente, individualização da informação, informação dos recursos, promoção do elo de ligação e formalização da informação.

Florentim (2006), no seu estudo, identificou quatro dimensões de critérios diferentes: recursos humanos; higiene do serviço; simpatia do pessoal e resultados práticos da consulta; acesso aos cuidados de saúde e amenidades.

A World Health Organization (2003) divide em quatro grupos as variáveis relacionadas com a adesão aos cuidados: características da doença e tratamento, fatores intrapessoais, fatores interpessoais e fatores ambientais. No seu conjunto abordam a complexidade do tratamento, duração da doença, características da personalidade, autoestima, a autoeficácia, sexo, idade, qualidade da relação entre o profissional de saúde e o utente, o suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde. Todos estes fatores, interagindo entre si de várias maneiras consoante as características de cada pessoa vão originar um resultado, que produzirá um efeito, uma atitude, sentimento de satisfação ou insatisfação.

No estudo realizado por Lucas (1996), o autor constata que os utentes pretendem um profissional de saúde que conheçam bem e que também os conheça, com quem mantenham uma intensa e duradora relação pessoal e em quem confiem. Os utentes sentem a necessidade de acreditar nas capacidades técnicas do clínico, mas também, na sua competência relacional, particularmente que consigam comunicar com ele. As competências relacionais que os utentes mais valorizam são a preocupação que o médico demonstra, a disponibilidade do médico para dialogar com o doente e família, o tempo gasto pelo médico com o doente, a resposta às necessidades emocionais do doente e família e a disponibilidade e afabilidade do pessoal administrativo.

Como se pode constatar, apesar das numerosas dimensões que os autores propõem para integrar a avaliação da satisfação dos utentes verifica-se o predomínio de um registo de dimensões relativas ao relacionamento pessoal entre profissionais de saúde e doentes, à qualidade técnica dos cuidados, à acessibilidade, disponibilização e continuidade de cuidados, comodidade do utilizador, localização física, custos económicos e eficácia das ações. Deste modo, a satisfação como medida da qualidade dos serviços de saúde é avaliada pelo cliente, tendo este em consideração os modos como lhe foram prestados os cuidados, com base na melhoria do seu estado de saúde, melhor qualidade de vida e expectativas em relação ao serviço que recebeu (Marques, 2010). Como refere Sepúlveda e Raposo (1998) a satisfação é tida como uma resposta emocional do doente, de acordo com a experiência assistencial que lhe foi prestada por parte dos cuidadores de saúde.

De seguida apresenta-se o quadro 4 como síntese das dimensões da satisfação mencionadas pelos autores.

Quadro 4 – Dimensões da satisfação

Autor	Dimensões
Ware (1978)	<ul style="list-style-type: none"> i. arte dos cuidados/estilo interpessoal ou comportamento interpessoal ii. qualidade técnica dos cuidados iii. acessibilidade e conveniência, iv. forma de pagamento dos serviços v. ambiente físico vi. disponibilidade dos prestadores de cuidados vii. continuidade viii. resultados dos cuidados
Linder-Pelz (1982)	<ul style="list-style-type: none"> i. acessibilidade e disponibilidade de recursos ii. continuidade dos cuidados iii. resultados dos cuidados financiamento iv. humanidade v. recolha de informação vi. dádiva de informação vii. ambiente agradável e competência
Cleary e McNeil (1988)	<ul style="list-style-type: none"> i. características sociodemográficas ii. estado físico e psicológico, atitudes e expectativas sobre os cuidados de saúde iii. estrutura, processo e resultados da prestação de cuidados
Linn (1988)	amplia as variáveis de Ware colocando ênfase na eficácia
Meterkoet al. (1990)	<ul style="list-style-type: none"> i. enfermagem e cuidados diários ii. ambiente hospitalar iii. pessoal médico iv. informação v. admissão vi. alta
Carr-Hill (1992)	<ul style="list-style-type: none"> i. humanização ii. informação iii. qualidade global iv. competência técnica v. acesso/disponibilidade vi. custo vii. continuidade viii. resultados
Monteiro (1991)	<ul style="list-style-type: none"> i. admissão ii. acolhimento iii. prestações hoteleiras iv. conforto v. higiene das instalações vi. visitas vii. ocupação dos tempos livres viii. apoio para cuidados básicos ix. relações interpessoais x. alta xi. competência xii. estado de saúde do utente.
Wilkin (1992)	<ul style="list-style-type: none"> i. conduta do médico ii. utilidade dos cuidados iii. continuidade/conveniência dos cuidados iv. mecanismos de acessibilidade
Santos (1993)	<ul style="list-style-type: none"> i. admissão e acolhimento ii. cuidados de enfermagem iii. assistência médica iv. apoio para cuidados básicos v. alimentação vi. conforto da enfermaria

	<ul style="list-style-type: none"> vii. visitas viii. alta ix. apreciação global x. estado de saúde xi. informação geral
Graça (1994)	<ul style="list-style-type: none"> i. acessibilidade/conveniência ii. disponibilidade de recursos iii. continuidade, integração e personalização dos cuidados iv. eficácia (resultados) dos cuidados v. custo vi. amenidades e humanização vii. recolha de informação viii. percepção da qualidade e competência
Adwan e Abedl-Halim (1997)	<ul style="list-style-type: none"> i. limpeza do hospital ii. disponibilidade de seguro de saúde iii. atitude dos médicos e funcionários
Sepúlveda (1998)	<ul style="list-style-type: none"> i. facilidade de acesso aos cuidados ii. amenidades iii. dimensões clínicas dos cuidados prestados
Ferreira (1999)	<ul style="list-style-type: none"> i. cuidados pessoais ii. acessibilidade aos serviços iii. escolha dos profissionais de saúde iv. continuidade de cuidados v. coordenação com outros serviços vi. cuidados domiciliários
Gasquet (1999)	<ul style="list-style-type: none"> i. satisfação global ii. relações interpessoais iii. aspetos técnicos dos cuidados iv. prestações não clínicas
Ferreira (2000)	<ul style="list-style-type: none"> i. relação e comunicação ii. cuidados médicos iii. informação e apoio iv. continuidade e cooperação v. organização dos serviços
WHO (2003)	<ul style="list-style-type: none"> i. características da doença e tratamento ii. fatores intrapessoais iii. fatores interpessoais iv. fatores ambientais
Ribeiro (2003)	<ul style="list-style-type: none"> i. qualidade na assistência ii. envolvimento do utente iii. individualização da informação iv. informação dos recursos v. promoção do elo de ligação vi. formalização da informação
Florentim (2006)	<ul style="list-style-type: none"> i. recursos humanos ii. higiene do serviço iii. simpatia do pessoal iv. resultados práticos da consulta v. acesso aos cuidados de saúde vi. amenidades

Marques (2010) reconhece a interdependência existente entre as diversas dimensões que concorrem para a percepção da (in)satisfação pelos utilizadores e que se representa de forma esquemática (Figura 4).

Figura 4 - Dimensões que concorrem para a perceção da satisfação



Fonte: Marques (2010)

Perante o exposto, sempre que quisermos analisar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde numa organização, necessitamos de fazer alguns ajustes ao conjunto de dimensões usadas para avaliar e medir a satisfação dos utentes. As medidas de desempenho centradas na satisfação têm sido definidas com o objetivo de avaliar e medir as experiências dos utentes e de obter avaliações relativas ao desempenho dos profissionais de saúde. É também necessário ter em conta os vários aspetos da prestação de cuidados, incluindo os aspetos técnicos da aplicação do conhecimento e tecnologias, os interpessoais dos cuidados, os sociais e psicológicos, os éticos da interação do utente com o profissional de saúde e a organização desses cuidados em termos de acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação dos mesmos.

2.3.2. Instrumentos de avaliação da satisfação

Para Kotler e Armstrong (1998) a avaliação da satisfação é um indicador subjetivo, dado ser dependente de dados qualitativos (os cuidados de saúde podem ser prestados dentro dos padrões de qualidade e os clientes não estarem satisfeitos) e quantitativos (um serviço pode atender um número elevado de clientes e mesmo assim os clientes não estarem satisfeitos). A nível dos serviços a avaliação da satisfação torna-se mais complexa face às suas características e, de modo mais particular, em relação aos serviços de saúde que se passam a descrever:

- Intangibilidade - são performances e experiências; critérios usados pelos clientes para avaliar o desempenho são geralmente mais complexos e complicados de se determinar; não podem ser vistos, testados, verificados e medidos antes do seu “consumo”;
- Heterogeneidade - a performance varia de prestador para prestador, de cliente para cliente, de momento para momento. Dificuldade de padronização para garantir uniformidade;
- Simultaneidade da produção e consumo - que resulta do facto do consumo e produção ocorrerem simultaneamente, o que conduz tipicamente à integração do próprio consumidor no ato de produção do serviço;
- Perecibilidade: que provém do facto do serviço não ser armazenável, sendo por isso impossível produzi-lo antecipadamente para enfrentar picos de procura ou guardá-lo quando a mesma escassear, o que conduz à necessidade de uma cuidadosa “gestão da procura” por parte da organização (Pinho, Rego, & Kastenzholz, 2008).

Rodrigues (2010) realça que a intangibilidade dos serviços exige uma reflexão constante por parte dos profissionais envolvidos, relativamente a valores, conhecimentos, atitudes e normas orientadoras do seu exercício profissional. Na área da saúde, esta necessidade de reflexão é ainda mais notória, uma vez que se trata de uma área com uma apertada regulamentação legislativa, ética e deontológica mas que ainda sofre de algumas lacunas regulamentares.

Apesar da complexidade do construto satisfação, a necessidade de uma avaliação mais objetiva tem conduzido ao desenvolvimento de diferentes instrumentos, como por exemplo o SERVQUAL e o SERVPERF, que serão descritos e comentados abaixo, por serem considerados os mais relevantes para o estudo que pretendemos desenvolver.

Como referido por Parasuraman et al. (1988) e Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) quando se publicita determinado bem ou serviço, criam-se expectativas no público-alvo, por isso, a satisfação do cliente depende da relação entre expectativas geradas e o desempenho do serviço, implicando um compromisso com os desejos, necessidades e expectativas dos consumidores. Neste sentido, são vários os instrumentos que pretendem avaliar de forma concisa a satisfação dos clientes.

O SERVQUAL é uma escala composta por vários itens que pretende medir as expectativas (E) e perceções (P) dos clientes face ao serviço prestado. A qualidade (Q) resulta da diferença entre (P) e (E), ou seja ($Q = P - E$). No caso de as perceções (P) excederem as expectativas (E), então a qualidade percebida é alta. Se as expectativas (E) excederem as perceções (P), então a qualidade percebida é inferior ao nível satisfatório, e conduzirá para uma qualidade inaceitável, o que resultará num aumento entre a discrepância entre (P) e (E) (Maia, Salazar, & Ramos, 2007).

Por sua vez, Faria (2003) critica o instrumento SERVQUAL referindo que:

- Mede as expectativas de uma empresa ideal, não de uma empresa específica. É genérico, e portanto, não mede as dimensões específicas de um ramo de atividade;
- É baseado no modelo concetual da qualidade do serviço ou teoria dos GAPs que conduz a resultados polarizados. Se o processo de avaliação da expectativa e do serviço prestado for efetuado após a sua prestação, as medidas das expectativas podem estar polarizadas pela experiência. Para reduzir estes problemas de polarização, os questionários SERVQUAL podem ser modificados para medir empresas específicas. A medida das expectativas dos clientes deve ser feita antes dos clientes comprarem os serviços, enquanto a medida da avaliação do serviço deve ser feita após a compra dos serviços;
- A qualidade é relativa e contextual e o modelo organiza o conceito de qualidade em 5 dimensões, dificultando a comparação entre os atributos da qualidade que o mercado esteja a precisar.

Ao contrário da escala SERVQUAL, que avalia a diferença entre as expectativas e as perceções, a escala SERVPERF avalia apenas as perceções, ou seja, a medida de qualidade (Q) é sinónimo de perceção ou desempenho. Com isto, os autores supracitados afirmam que a escala SERVQUAL apenas serve para medição da qualidade do serviço e não a satisfação do cliente.

Segundo Parasuraman et al. (1988) podem existir diferenças entre as expectativas dos clientes quanto aos atributos de valor do produto e as perceções da empresa sobre estas expectativas, correspondendo a um hiato ou gap entre o que a empresa entende o

Quadro 5 - Modelo GAP

<p><i>GAP 1</i> (<i>GAP do conhecimento</i>)</p>	<p>Representa a diferença entre o que o cliente quer (expectativas do cliente) e o que a gestão da organização pensa que os clientes querem (percepções da gestão). A <i>GAP1</i> (ou intervalo) tem como principal causa o não conhecimento da expectativa do cliente. Os gestores nem sempre compreendem quais as características que representam a alta qualidade para os consumidores. Pode-se enumerar várias razões para que tal suceda: a não disposição para indagar sobre as expectativas dos clientes ou não estarem preparados para lidarem com as mesmas.</p>
<p><i>GAP 2</i> (<i>GAP padrão</i>)</p>	<p>Representa a diferença entre o que a gestão da organização pensa que os clientes querem e o que estabelecem como especificações do serviço. A <i>GAP 2</i> da empresa tem como causa não selecionar a proposta e os padrões de serviço corretos. Trata-se da dificuldade que as empresas têm de transformar as expectativas dos clientes em especificações da qualidade dos serviços.</p>
<p><i>GAP 3</i> (<i>GAP entrega do serviço</i>)</p>	<p>Representa a diferença entre o serviço prestado e as especificações do serviço (desempenho efetivo desse serviço por parte dos colaboradores da empresa). A <i>GAP 3</i> deve-se ao fato de os serviços não serem executados dentro dos padrões estabelecidos. Os fatores-chave para a lacuna 3 são as deficiências nas políticas de recursos humanos, a dificuldade em compatibilizar procura e oferta, e em resultado os clientes não desempenham os seus papéis e problemas com os intermediários dos serviços.</p>
<p><i>GAP 4</i> (<i>GAP da comunicação</i>)</p>	<p>Representa a diferença entre o serviço prometido (comunicado ao cliente) e o serviço fornecido. Ou seja, a <i>GAP 4</i> refere-se ao que foi prometido não foi cumprido. A publicidade e o uso dos meios de comunicação social e outras formas de comunicação com a equipa de vendas afetam diretamente as expectativas dos clientes. Diferenças entre os serviços entregues e a comunicação externa (promessas exageradas, coordenação inadequada entre operações e marketing) podem afetar a qualidade do serviço.</p>
<p><i>GAP 5</i> (<i>GAP das percepções e expectativas</i>)</p>	<p>Representa a diferença entre o serviço que o cliente espera e a sua percepção sobre o serviço que a organização fornece. A lacuna do cliente, ou <i>GAP 5</i> é o foco principal do modelo de lacunas e baseia-se na diferença entre as expectativas e as percepções dos clientes. As expectativas são constituídas por fatores que podem ser influenciados pela organização e por fatores que estão subordinados ao cliente como suas necessidades pessoais inatas. Num estado ideal, as expectativas e as percepções deveriam ser idênticas, mas na prática tal não acontece.</p>

Fonte: Guedes (2012)

Buttle (1996) aponta algumas lacunas implícitas no modelo SERVQUAL afirmando que o modelo assenta no paradigma da desconfirmação, em vez de assentar no paradigma da atitude. Também Cronin e Taylor (1992, 1994) concordam com esta afirmação, pois, para estes autores a qualidade percebida é melhor conceptualizada como uma atitude. Os mesmos autores contestam a conceptualização da satisfação e atitude utilizadas no modelo SERVQUAL e propõem um instrumento modificado, designado por SERVPERF.

Contudo, para Maia et al. (2007) este modelo apenas utiliza as percepções do utilizador acerca do desempenho da organização para a medição da qualidade do serviço. Segundo o modelo SERVPERF a qualidade do serviço é igual ao desempenho de acordo com a seguinte fórmula: Qualidade do Serviço = Desempenho. Cronin e Taylor (1992) concluem que o instrumento SERVPERF é mais sensível em retratar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas. Esta conclusão foi baseada tanto na utilização do teste estatístico do qui-quadrado como prova de aderência das distribuições empíricas de dados, quanto no coeficiente de determinação da regressão linear dos dados.

A escala SERVPERF de Cronin e Taylor (1994) orientou a avaliação da satisfação dos clientes no complexo clínico em estudo. Este modelo utiliza as cinco dimensões gerais da qualidade desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988), ou seja, a avaliação da qualidade dos serviços é sinónimo da percepção do desempenho por parte dos clientes, relativamente às dimensões de qualidade.

De acordo com Correia (2002) e Zeithaml e Bitner (2003), o modo pelo qual o cliente percebe os serviços está correlacionada com as suas expectativas e uma vez que estas são dinâmicas, a avaliação da qualidade de um serviço varia ao longo do tempo, de pessoa para pessoa e entre diferentes culturas. Também, para Guedes (2012), as expectativas dos clientes, ou a percepção da qualidade são positivas ou negativas consoante a influência de vários fatores, nomeadamente a comunicação entre os consumidores, as necessidades pessoais do cliente, a experiência anterior do cliente com o serviço e a comunicação que a empresa promove com os seus clientes.

Para a avaliação da satisfação é necessário ter em conta vários parâmetros, que podem ir desde as políticas definidas, até aos diversos agentes compreendidos nos processos. É aqui, que reside a magnitude da avaliação do grau de satisfação dos clientes, pois permite entender a forma como esses agentes percecionam o serviço em que estão integrados, o que representa uma contribuição fundamental de informação nesta matéria (Velo, 2012).

Godfrey (2004) referiu que a gestão da qualidade evolui com base em diferentes fases, tendo em conta a qualidade do produto, qualidade do serviço, qualidade nos processos do produto, qualidade dos processos de serviços e o planeamento estratégico da

qualidade e planeamento estratégico integrado da qualidade. Neste cenário, a focalização nos produtos e processos direciona para a implementação de determinadas normas de qualidade, que constituem modelos próprios que avaliam e, auxiliam a avaliação das organizações (António e Teixeira, 2007). Nestes modelos fazem parte os modelos de acreditação, que serão analisados no subcapítulo seguinte.

2.3.3. Acreditação das organizações

O processo de acreditação das instituições de saúde iniciou-se em Portugal no ano de 1999, através da criação do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) (Veloso, 2012).

A qualidade em saúde aconselhada pela OMS aos Estados no sentido de implementar estratégias nacionais para qualidade e segurança em saúde é um imperativo moral porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde seguros, em tempo útil e cuja prestação satisfaça os cidadãos corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (Ministério da Saúde, 2015). Estas dimensões irão que integrar processos de avaliação e acreditação das organizações. Neste sentido, as principais estratégias salientam a necessidade de melhoria organizacional, foi adotado o modelo Joint Commission International (JCI)¹ para a acreditação de hospitais.

Apesar da situação atual e difícil em que se encontram os serviços de saúde em Portugal e no resto da Europa, a necessidade de implementação de programas de qualidade, associada à certificação e acreditação daí decorrente, é de elevada importância no sentido em que diminui os índices de custos e ao mesmo tempo, aumenta a satisfação dos utilizadores que necessitam de cuidados de saúde, tendo em conta a melhoria dos processos e estruturas (Schaw, 2003)

Duret e Pillet, 2009; Ferreira, 2006; Pires, 2004, referem que as organizações estão confrontadas com crescentes exigências de ganhos de competitividade para responder com eficácia ao fornecimento de bens e serviços, conforme as exigências e requisitos dos consumidores. Assim, a qualidade deve ser compreendida como um requisito básico e não apenas como um fator de diferenciação, que faz com que as organizações sintam necessidade de utilizar uma estratégia de garantia de qualidade, que se baseia na certificação. O sistema que melhor corresponde a esta necessidade é o elaborado pela Internacional Standardization Organization (ISO), no qual um conjunto de regras é aceite

¹ A *JointCommissionInternationalAccreditattion Standard for hospitals* fornece as bases para a acreditação de hospitais em todo o mundo, disponibilizando às organizações a informação de que necessitam para manter a segurança do paciente, melhoria do desempenho e status de acreditado a partir 1 de abril de 2014. <http://www.jointcommissioninternational.org/>

internacionalmente como potenciador da qualidade. Para dar resposta a essas exigências, surgem na Europa, associadas à Gestão da Qualidade Total (TQM), as Normas ISO 9000.

Os critérios ou padrões usados para licenciamento são geralmente fixados a um nível mínimo, destinados a assegurar que a instituição dispõe dos componentes essenciais necessários para o cuidado dos clientes num ambiente com um mínimo de risco à saúde e à segurança. A certificação é uma abordagem que pode incluir tanto profissionais como instituições ou setores de uma instituição (por exemplo, laboratório ou radiologia) (Rooney & Ostenberg, 1999).

Atualmente, em Portugal, existem dois programas aos quais se reconhece credibilidade como ferramentas importantes que visam a garantia da qualidade dos serviços de saúde, designadamente a certificação ISO 9001 e a acreditação hospitalar pela Joint Commission - Accreditation, HealthCare, Certification (JCAHO) e Health Quality Service (HQS) (Vidigal, 2010).

De uma forma geral as organizações têm vindo a implementar mecanismos de autoavaliação e avaliação externa que lhes permitem aferir internamente a qualidade do serviço prestado e obter o reconhecimento externo. Neste sentido, têm sido desenvolvidos diferentes mecanismos e/ou modelos sustentados em padrões que simplificam e sistematizam o processo de avaliação das unidades prestadoras de serviços de saúde (Vidigal, 2010).

Com estes mecanismos fica implementado e reconhecido um conjunto de procedimentos que tornam uma instituição mais organizada, mais eficiente e mais segura para o utente. Entre outros, os principais objetivos destes modelos são (Rooney & Ostenberg, 1999):

- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde estabelecendo metas a serem atingidas pelas organizações de saúde;
- Diminuição do erro, tendo em vista o cumprimento dos procedimentos protocolados e, a existir erro, será mais fácil detetar e saber em que fase do processo ocorreu;
- Procedimentos de atuação claros, incluindo os planos de cuidados dos utentes e o circuito dos fármacos;
- Consentimento informado, garantindo que em qualquer intervenção que o utente possa vir a ser alvo terá de ser por ele consentida, ou na impossibilidade, por um representante legal e devidamente explicada pelo pessoal clínico. O utente passa a ser um interveniente direto no seu tratamento;
- Correta identificação dos utentes, que compreende a utilização de mecanismos adequados, como, por exemplo, pulseiras de identificação personalizadas,

assegurando que são prestados os cuidados médicos certos ao utente certo. Este procedimento minimiza o risco de trocas com outros utentes e humaniza o serviço onde os utentes são tratados e identificados pelo seu nome e não por números;

- Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e a gestão dos serviços de saúde;
- Estabelecer uma base de dados comparativos de instituições de saúde destinado a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados de saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Oferecer educação e consultoria a instituições, gestores e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e implementação de boas práticas na área da saúde;
- Reduzir os riscos associados a lesões e infeções em utentes e membros do quadro de pessoal, nomeadamente através do reforço das políticas de controlo de infeção com procedimentos obrigatórios de higiene a todos os níveis.

A norma ISO 9001 é cada vez mais recomendada para organizações que procuram estabelecer um sistema de gestão de qualidade que demonstre confiança na capacidade de fornecer produtos que satisfaçam os desejos e as necessidades dos seus clientes. É a única norma da família ISO 9000, cujo atendimento aos seus requisitos pode ser certificado por um organismo certificador externo. Dessa forma, basta uma organização provar junto de um órgão certificador reconhecido que atende a todos os requisitos da norma ISO 9001, para a receber o certificado oficial.

A norma ISO 9001 é dividida basicamente em cinco componentes, são elas: visão geral do sistema de gestão da qualidade e sua documentação; responsabilidades, foco, política, planeamento e objetivos; gestão e atribuição de recursos; realização do produto ou serviço e gestão de processos; medição, monitorização, análise e melhoria. Quatro das cinco componentes podem ser aplicadas em todos os tipos de organizações incluindo empresas prestadoras de serviços de saúde, são elas: sistema de gestão da qualidade; gestão de responsabilidades; gestão de recursos e medição, análise e melhorias.

Juntamente com o atendimento aos cinco componentes da ISO 9001, as organizações devem demonstrar ter condições e estratégias bem definidas para atender as necessidades dos seus clientes e procurar sempre a melhoria contínua (International Organization for Standardization, 2009).

Uma certificação significa que uma entidade oficial como por exemplo Associação Portuguesa de Certificação (APCER) reconhece que a clínica gere os seus processos em

conformidade com as boas práticas de gestão e princípios de gestão da qualidade definidos pela norma NP (Norma Portuguesa), EN (Norma Europeia) e pela ISO (Organização Internacional Normalização) 9001 (Código da Norma) 2008 (Ano de publicação), ou seja, NP EN ISO 9001:2008.

Capítulo III - Metodologia

Depois da pesquisa bibliográfica e da realização da fundamentação teórica é essencial enquadrar e contextualizar a temática em estudo. É necessário planejar a investigação. A nível do enquadramento metodológico é realizada a caracterização sumária do contexto. Para este estudo é adotado um conjunto de procedimentos metodológicos que compreendem a concetualização do estudo, e justificação do problema, definição de objectivos, seleção da amostra em estudo, operacionalização das variáveis, procedimentos de recolha de dados, e no final do capítulo são descritos os procedimentos estatísticos e éticos.

O estudo foi realizado num complexo clínico do norte do país localizado no Vale do Ave, constituído por três clínicas de áreas diferenciadas. Dispõe no seu total de um corpo clínico constituído por 63 técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, nutricionistas) e 17 técnicos administrativos.

3.1. Formulação e justificação do problema

Qualquer investigação deve ser iniciada com a colocação de algum tipo de problema ou questão. Para Fortin (2009) *“uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”*. Quivy e Campenhoudt (2008) afirmam que no enquadramento da situação em pesquisa é essencial que se coloque a questão com clareza, exequibilidade e pertinência. Na sequência da pesquisa surge-nos a questão de investigação que pretende exprimir o mais possível aquilo que o investigador quer analisar e compreender. Assim, a questão de investigação definida para o presente estudo é a seguinte: Qual a satisfação dos clientes face aos serviços de saúde disponibilizados por um complexo clínico do norte do país?

Como já verificamos na análise da literatura, avaliar a satisfação dos clientes é fundamental para os serviços de saúde (Marques, 2010). Assim sendo, a medição da satisfação de clientes é de grande importância para que se proceda, a uma melhoria da qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, a maior parte das organizações procede à medição dos níveis de satisfação dos seus clientes com regularidade. Neste contexto, Gerson (2001) refere que ao solicitarmos aos clientes para classificarem o nível de qualidade dos serviços obtidos e os seus níveis de satisfação, já procedemos a um esforço na melhoria dos serviços da organização.

3.2. Tipo de estudo

Esta investigação obedece a um desenho característico de um estudo descritivo-correlacional e transversal. O estudo descritivo-correlacional tem por objetivo explorar as relações entre duas ou mais variáveis. Ou seja, pretende-se conhecer o comportamento de uma variável compreendendo o comportamento das restantes. É de carácter descritivo porque o investigador selecciona um acontecimento, um estado, ou um comportamento específico, faz observações e o registo do fenómeno, obtendo como resultado final uma lista, ou classificação. Por outro lado podemos afirmar que a presente investigação é de natureza transversal, uma vez que o investigador faz a recolha de dados de cada caso ou sujeito num único instante de tempo, obtendo um corte num dado momento do tempo, do fenómeno investigado (Fortin, 2009).

Neste estudo privilegiou-se a abordagem quantitativa, por se considerar mais adequada à compreensão do fenómeno em causa. Para Fortin (2009) a abordagem quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis, sendo a predição, o controlo e a generalização características inerentes a esta abordagem e têm como finalidade contribuir para a validação dos conhecimentos. Ainda segundo a mesma autora, este estudo é correlacional, uma vez que visa explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis com vista à sua descrição.

3.3. Os objetivos e hipóteses

Tendo como ponto de partida a formulação do problema, orientou-se a explicitação dos seguintes objetivos de estudo: *i)* Construir um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os serviços de saúde; *ii)* Proceder à análise das propriedades psicométricas da escala de satisfação dos clientes com os serviços de saúde; *iii)* Relacionar os fatores de satisfação dos clientes com os serviços de saúde (atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços de saúde) com as variáveis sociodemográficas; *iv)* Analisar a relação entre a satisfação global dos clientes com os serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas; *v)* Relacionar a satisfação global dos clientes com os serviços de saúde e os fatores atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços de saúde.

Tendo por base os objetivos do estudo formularam-se as hipóteses e que constituem um dos elos mais importantes no ciclo da investigação. Segundo Lopes (2005), uma

hipótese é uma proposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente. Para o presente estudo foram delineadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional e habilitações literárias);

Hipótese 2 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias);

Hipótese 3 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias);

Hipótese 4 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias);

Hipótese 5 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com atendimento e estrutura, satisfação com a admissão e acessibilidade e satisfação com os custos dos serviços de saúde.

3.4. Operacionalização das variáveis do estudo

A seleção dos itens para determinação das variáveis foi feita com base na análise em componentes principais. Neste sentido, variáveis são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. A operacionalização é fundamental pois permite garantir a objetividade na recolha de dados, e facilita análise e interpretação dos resultados. Para tal, os itens oferecem cinco possibilidades de resposta numa escala de Likert dado que no processo de recolha de dados esta escala permite uma ordenação numérica das suas categorias, estabelecendo uma relação de ordem entre as mesmas (Hill e Hill, 2000).

O enunciado dos objetivos e das hipóteses integra as variáveis em estudo, que podem ser classificadas segundo o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009). Neste estudo as variáveis classificam-se como atributo e de investigação, dado que *não há*

variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar” (Fortin, 2009, p. 171). Assim as variáveis de investigação deste estudo são: a *satisfação com o atendimento e estrutura*; a *satisfação com a admissão e acessibilidade*; a *satisfação com custos dos serviços de saúde*.

- Satisfação com o *atendimento e estrutura*: o atendimento diz respeito à disponibilidade para explicar os problemas e tratamentos, interesse pela situação de saúde da pessoa, confidencialidade na informação e envolvimento na decisão terapêutica, enquanto a estrutura compreende os aspetos relativos às instalações físicas do complexo clínico. Esta variável de investigação é obtida a partir da resposta a treze itens;
- Satisfação com a *admissão e acessibilidade*: a admissão refere-se à facilidade na marcação de consultas, em contactar o complexo clínico à distância, e relativamente aos horários disponibilizados, por sua vez, a acessibilidade diz respeito aos tempos de espera, tanto para marcação de consulta ou serviço como o tempo de espera para ser atendido. Esta variável de investigação é obtida a partir da resposta a cinco itens;
- Satisfação com os *custos dos serviços de saúde*: diz respeito aos preços dos serviços, exames, consultas de especialidades médicas disponibilizados pelo complexo clínico, bem como aos acordos com os diferentes subsistemas de saúde. Esta variável de investigação é obtida a partir da resposta a três itens;
- Satisfação global: refere-se ao grau com que os utentes se sentem globalmente satisfeitos com os serviços de saúde disponibilizados pelo complexo clínico, expressando a sua opinião numa escala de likert que varia de muito insatisfeito a muito satisfeito. A pontuação varia entre um e cinco sendo que quanto maior a pontuação melhor é a satisfação global com os serviços.

Relativamente às variáveis de atributo ou variáveis sociodemográficas, são características pré-existentes dos participantes (Fortin, 2009). Para o presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis de atributo: idade, operacionalizada em anos; género, operacionalizada em masculino e feminino; habilitações literárias, operacionalizada em escolaridade obrigatória, ensino secundário e ensino superior; situação profissional, operacionalizada em empregado, desempregado, estudante e reformado; estado civil, operacionalizada em casado/união de facto, solteiro, divorciado/separado e viúvo.

3.5. Amostra do estudo

A amostra é um subconjunto da população, na constituição da mostra para este estudo, os participantes foram selecionados tendo em conta a sua disponibilidade para participar, logo trata-se de uma amostra não probabilística. Para considerar os participantes no estudo sobre a satisfação dos clientes do complexo clínico, foram definidos critérios de inclusão: todos os clientes que utilizaram qualquer serviço oferecido pelo complexo clínico, pelo menos uma vez no último ano e os clientes que aceitaram participar no estudo através de consentimento informado, após explicitação oral dos objetivos do estudo e dos procedimentos para assegurar a confidencialidade da informação e outro dos critérios foi todos os participantes terem idade igual ou superior a 18 anos.

3.6. Instrumento de recolha de dados

Neste estudo, como instrumento de recolha de dados optou-se por um questionário, que é o método de recolha mais utilizado pelos investigadores e tem como objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin 2009). Assim sendo, na elaboração de um questionário devem utilizar-se questões claras e bem redigidas e previamente testadas.

A elaboração do instrumento de recolha de dados teve por base a consulta de diferentes instrumentos, já existentes, que têm como objetivo central a avaliação da satisfação no âmbito dos serviços de saúde, nomeadamente o SERVPERF. Como salientam Cronin e Taylor (1992), o SERVPERF é um instrumento particularmente orientado para avaliar o desempenho dos serviços através da avaliação da qualidade percebida pelos clientes. O modelo SERVPERF é constituído por um conjunto de vinte e duas questões que concretizam as três dimensões da qualidade do serviço.

Além da utilização do instrumento SERVPERF como base para a elaboração do questionário para este estudo, procedeu-se, igualmente, à revisão de diversos estudos realizados recentemente na área da satisfação dos clientes, no setor da saúde, destacando-se os seguintes: o questionário utilizado no estudo realizado por Guedes (2012) que avalia o nível de satisfação dos clientes de uma organização de saúde privada; o de Lima (2003) num contexto hospitalar público, mais especificamente a satisfação com os cuidados de saúde em ambulatório; e o estudo de (Lopes, 2012) sobre a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Da estrutura do questionário constam duas partes, sendo que a primeira diz respeito à caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, género, habilitações literárias, situação profissional e estado civil) e a segunda integra os 21 itens para avaliação da satisfação, com os seguintes fatores: satisfação dos clientes com atendimento e estrutura, satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade, e satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde. Ainda na segunda parte do questionário existe um item sobre a satisfação global do cliente em relação ao complexo clínico. Todos os itens da escala de satisfação são respondidos numa escala de likert com cinco possibilidades de resposta: 1 – Muito insatisfeito, 2 – Insatisfeito, 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito, 4 – Satisfeito e 5 – Muito satisfeito.

Os fatores em estudo não são diretamente observáveis, dado que foram obtidos após resposta ao questionário, que resultou da autoperceção dos clientes do complexo clínico. A pontuação de cada fator obtém-se através do cálculo da média ponderada dos valores atribuídos por cada participante aos itens que o constituem, variando a sua pontuação entre um e cinco, sendo que quanto mais elevada, maior a satisfação com o atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.

Elaborado o questionário procedeu-se à realização do pré-teste no qual participaram 10 clientes de um outro serviço de saúde privado, no sentido de verificar a sua compreensão e a adequação e do tempo necessário para o seu preenchimento. Após a realização do pré-teste procedeu-se a pequenos ajustamentos no sentido de o tornar mais compreensível.

Foram eliminados dois questionários pois não se verificou 80% do seu preenchimento, para este ser considerado válido para a análise.

3.7. Procedimentos estatísticos

Seguidamente descrevem-se os procedimentos estatísticos que foram utilizados para a análise psicométrica da escala de satisfação dos clientes com os serviços de saúde.

A avaliação da consistência interna foi feita através do *alpha de Cronbach* e o coeficiente de bipartição (*split-half*). O cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach permite avaliar o grau de consistência interna de um instrumento de medida, o valor varia entre 0 e 1 (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2014). Segundo estes autores o grau de consistência varia do seguinte modo: menor que 0,6 – inaceitável; entre 0,6 e 0,7 – fraca; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; entre 0,9 e 1 tendo um grau de consistência interna muito boa. Posteriormente recorreu-se à análise fatorial de componentes principais de forma a

reduzir o número de variáveis definidas no estudo num número reduzido de fatores comuns. A técnica mais utilizada para reduzir o número de variáveis de uma base de dados é a análise fatorial de componentes principais. Este método de processamento identifica o padrão de correlação ou covariância e entre elas gera um número menor de novas variáveis latentes, não observadas, calculado a partir da informação primária. A redução do número de fatores aumenta o poder de explicação do conjunto de todos os itens que o constitui, assim, possibilita identificar subgrupos de questões que avaliam o mesmo assunto ou tema (Pasquali, 2009).

Para analisar a estabilidade da escala utiliza-se o teste do coeficiente de bipartição (split-Half). Este representa a medida de consistência da amostra, dividindo-se o teste em duas partes de forma aleatória sendo depois comparadas as pontuações de cada uma (Lopes, 2012).

De seguida, procede-se à análise fatorial da amostra em que se atribui uma medida a fatores que não são diretamente observáveis (Marôco, 2003). O método utilizado na análise fatorial consiste na análise dos componentes principais e os fatores extraídos serão aqueles com valores acima de 1. Deste modo, calcula-se a análise fatorial exploratória com uma rotação varimax.

Considera-se ser necessário usar o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis que definem os fatores, quando a amostra é superior a 50 ($n > 50$).

Relativamente à teoria da probabilidade e estatística, o termo correlação indica a força e a direção do relacionamento linear entre duas variáveis aleatórias. No uso estatístico geral, correlação refere-se à medida da relação entre duas variáveis, embora correlação não implique causalidade. Neste sentido geral, existem vários coeficientes medindo o grau de correlação, adaptados à natureza dos dados. Vários coeficientes são utilizados para situações diferentes (Lira, 2004). Um método muito utilizado é o coeficiente de correlação de ordinal de Spearman. Este serve para medir a correlação linear entre duas variáveis, bem como para testar a sua independência. Este teste baseia-se na ordenação das amostras das duas variáveis e no cálculo do coeficiente de correlação não com base nos valores das variáveis, mas antes com base nessas ordens. Assim sendo, o próximo passo estatístico consistiu em correlacionar todos os itens da escala para verificar, de forma geral, se os valores têm um bom coeficiente de correlação que nos permite observar se existe covariância conjunta. Quando o coeficiente r de Pearson se desvia da normalidade, isto é, nos casos em que os dados formam uma nuvem dispersa, com alguns pontos muito afastados dos restantes, ou em que parece existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, considera-se o coeficiente ρ de Spearman mais apropriado (Pestana &

Gageiro, 2014). Este mede a intensidade da relação entre variáveis e é mensurável entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação entre as variáveis (Fortin, 2009; Pestana & Gageiro, 2014). O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas de outra variável. A interpretação dos resultados deste índice do coeficiente ρ de Spearman é, segundo Pestana e Gageiro (2014): menor que 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; superior a 0,9 muito alta.

De seguida são utilizados os seguintes procedimentos estatísticos: o teste de Esfericidade de Bartlett e o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que permitem aferir a homogeneidade das variáveis e a qualidade das correlações. O teste de Esfericidade de Bartlett requer dados que provenham de uma população normal e multivariada, sendo muito influenciado pelo tamanho da amostra conduzindo, na maioria das vezes, o investigador a optar pelo critério de KMO (Pestana & Gageiro, 2014). Este critério compreende valores entre 0 e 1 e compara as correlações de ordem 0 com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O KMO perto de 1 indica coeficientes de correlação forte, enquanto perto de zero, indica uma correlação fraca. A escala de aceitação para os valores de KMO, esta definida como: menor que 0,5 a análise fatorial é inaceitável, entre 0,5 e 0,6 é má, entre 0,6 e 0,7 é razoável, entre 0,7 e 0,8 é média, entre 0,8 e 0,9 é boa e entre 0,9 e 1 a análise fatorial é muito boa (Pereira, 1999).

Realiza-se a análise descritiva aos fatores de forma a caracterizar os mesmos, recorrendo às medidas de tendência central, designadamente a média e mediana, de forma a encontrar a variável que ocorre com mais frequência. Quanto às medidas de dispersão utilizaram-se variância e o intervalo de variância (Marôco, 2003). Ainda de referir, que utiliza-se igualmente a análise descritiva de todos os itens para corroborar os resultados estatísticos efetuados posteriormente.

Baseado em diversos autores (Blunch, 2008; Brown, 2006; Henson & Roberts, 2008; Kahn, 2006; Marôco, 2006) os critérios de determinação dos fatores utilizados foram:

- Critério de Kaiser: fatores com valor próprio igual ou superior a 1 (eigenvalue ≥ 1.0);
- Peso fatorial dos itens igual ou superior a 0.5;
- Ausência de itens com pesos fatoriais com alguma relevância em mais do que um fator (fatorloadings $>.30$). Se isso se observar e se a diferença entre eles não for significativa (cross-loadings $\leq .15$), o item deve ser eliminado;
- A percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de pelo menos 40%;

- A consistência interna do fator deve ser igual ou superior a 70 (alfa de Cronbach \geq 0.70);

Para analisar os testes de hipótese entre os fatores e as variáveis situação profissional, escolaridade e estado civil, utilizou-se o teste Kurskal-Wallis. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis é usado na comparação de três ou mais amostras independentes, indicando-nos se existem diferenças entre pelo menos duas delas. O objetivo do teste de Kruskal-Wallis é verificar se as diferentes amostras provêm da mesma população ou de populações idênticas em relação às médias. O teste supõe que a variável tenha distribuição contínua e exige mensuração no mínimo ao nível ordinal (procedimentos estatísticos).

Para analisar os testes de hipótese entre os fatores e a variável gênero, utilizou-se o teste Mann-Whitney, que permite comparar tendências centrais de duas amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes, em que as variáveis quantitativas não seguem a distribuição normal.

3.8. Procedimentos éticos

Ao efetuar um estudo de investigação há que respeitar os aspetos éticos, isto é, ter em atenção um conjunto de princípios, que se designam a respeitar a dignidade humana. Na perspetiva de Fortin (2009) a ética é a ciência da moral e arte que dirige a conduta do indivíduo através de um conjunto de permissões e interdições de enorme valor na sua vida.

Todas as investigações têm de atender aos aspetos éticos, de forma a garantir o anonimato e a proteger os cooperantes de certas consequências, decorrentes da sua participação no estudo (Fortin, 2009). Este autor menciona vários códigos de ética e regulamentos em investigação, assentes nos princípios do respeito pela dignidade humana. Assim sendo, considera-se fundamental considerar estes aspetos durante o desenvolvimento do presente estudo.

Para uma investigação ser eticamente sólida, é essencial o consentimento fundamentado, livre e esclarecido. Por outras palavras, o processo pelo qual os investigadores se asseguram que os participantes compreendem os riscos e benefícios, e se estão informados sobre os seus direitos, nomeadamente o de não participar. Neste contexto, foi pedido o consentimento informado aos clientes que participaram no estudo, dando a oportunidade de optar se queriam ou não responder ao questionário, garantindo-lhes a confidencialidade e anonimato. Relativamente às condições de privacidade, os clientes responderam ao questionário sem interferência da equipa, e também foi

disponibilizado um gabinete para garantir a privacidade. Foram também informados sobre a importância da sua devolução, devendo estes, colocar o questionário preenchido num envelope, selado pelos próprios. No que se refere aos procedimentos éticos, a cumprir foi solicitado autorização para proceder à recolha de dados aos administradores do complexo clínico.

Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo, dedicamo-nos à apresentação e discussão dos resultados obtidos. Na opinião de Fortin (2003) a apresentação dos dados pretende demonstrar os resultados pertinentes referentes às questões de investigação e às hipóteses construídas. Assim sendo, após a recolha de dados obtidos através da aplicação de um inquérito por questionário (171 questionários efetuados) torna-se necessário proceder à sua organização, de forma a facilitar a sua análise e, conseqüentemente, a sua melhor compreensão. Para a classificação e organização da informação foi criada uma base de dados, através da codificação em suporte informático, utilizando o programa SPSS 20.0.

Este capítulo foi dividido em três partes distintas, a primeira parte refere-se às características sociodemográficas dos participantes da amostra, a segunda parte deste capítulo são apresentados os resultados relativos à estrutura fatorial da escala utilizada na avaliação da satisfação dos clientes do complexo clínico e na terceira parte os resultados relativos à verificação das hipóteses do estudo.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Da amostra constituída por 171 clientes, 50,3% são do sexo feminino e 49,7% do sexo masculino. Relativamente à variável idade, podemos verificar que a média de idades é de 45,4 anos, o desvio padrão (dp) 16,9 anos, com idades compreendidas entre 18 e 84 anos. Da análise das variáveis sociodemográficas, constatamos que a maioria dos clientes inquiridos possui a escolaridade obrigatória com 53,8%, e ensino secundário com grande equilíbrio entre homens e mulheres com 31,6%. São as mulheres que apresentam níveis de escolaridade superior, com mais de 47,7% a situar-se entre o ensino secundário e o ensino superior. Os clientes deste complexo clínico são na maioria casados ou a viver em união de facto (71,9%), seguindo-se as categorias de solteiros (19,9%), divorciados e viúvos (2,3% e 5,8% respetivamente). Quanto à situação profissional dos clientes do complexo clínico são na maioria empregados (57,3%), e seguem-se as situações profissionais de desempregados, estudante e reformado (12,9%, 10,5%, 18,7% respetivamente).

Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica

	Total	
	N	%
Género		
Masculino	85	49,7
Feminino	86	50,3
Classe etária		
18 – 29 anos	41	24,0
30 – 39 anos	26	15,2
40 – 49 anos	35	20,4
50 – 59 anos	33	19,3
60 – 69 anos	15	8,8
Mais de 70 anos	21	12,3
Habilitações literárias		
Escolaridade obrigatória	92	53,8
Ensino secundário	54	31,6
Ensino superior	25	14,6
Estado civil		
Casado / União de facto	123	71,9
Solteiro	34	20,0
Divorciado / Separado	4	2,3
Viúvo	10	5,8
Situação profissional		
Empregado	98	57,3
Desempregado	22	12,9
Estudante	18	10,5
Reformado	32	18,7
Não respondeu	1	0,6

4.2. Estrutura fatorial da escala de satisfação dos clientes do complexo clínico: validade do construto

A análise fatorial exploratória em componentes principais consiste num conjunto de técnicas estatísticas que estabelece a relação entre as variáveis observadas (itens), simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para caracterizar (Pestana & Gageiro, 2014). Perante o número elevado de itens a serem estudados, optámos por recorrer a uma metodologia que permita a redução do número de variáveis, facilitando a interpretação dos dados obtidos. Para tal, usámos a análise fatorial em componentes principais, que agrupa as variáveis pelo grau de afinidade e de associação existente entre elas. Esta facilita a análise da estrutura das interrelações entre um elevado número de itens, definindo conjuntos de variáveis que estão altamente correlacionadas

(fatores). Se um conjunto de variáveis mede o mesmo construto deverão ter elevada correlação entre si (formando um grupo), o mesmo não acontece quando ocorre baixa correlação entre as variáveis (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009).

Para se proceder à análise fatorial deve ser confirmada, anteriormente, a existência de correlação entre os itens. Se essa correlação for baixa é pouco provável que existam fatores em comum. No presente estudo verificou-se que a correlação entre os itens apresentou valores moderados e significativos o que nos indica que existe covariância conjunta.

Relativamente aos itens de um a 12 e o item 16 observam-se correlações positivas moderadas, altas e muito altas e significativas variando de 0,562 a 0,928, o que permite considerar que estes itens possam integrar um fator. Nos itens 13, 14, 15, 17 e 18, podemos observar que as correlações destes variam entre 0,632 e 0,838, ou seja, variam entre moderada e alta (Pestana & Gageiro, 2014), assim permite-nos integrar um outro fator. Por último, os itens 19, 20 e 21 podemos considerar um grupo de três itens porque observa-se correlações de mínimo 0,693 e máximo de 0,937, ou seja, apresenta uma associação linear positiva moderada e alta e muito alta relacionada com os custos dos serviços do complexo clínico.

No quadro seguinte, observa-se detalhadamente os valores da matriz de coeficientes de correlação linear de Spearman entre os itens da escala de satisfação dos clientes.

Quadro 7 - Matriz de coeficientes de correlação linear de Spearman entre os itens da escala de satisfação dos clientes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	1,00																				
2	,862**	1,00																			
3	,787**	,859**	1,00																		
4	,846**	,862**	,803**	1,00																	
5	,850**	,928**	,828**	,908**	1,00																
6	,783**	,855**	,876**	,873**	,873**	1,00															
7	,840**	,848**	,856**	,902**	,893**	,869**	1,00														
8	,813**	,831**	,796**	,886**	,795**	,769**	,871**	1,00													
9	,668**	,633**	,565**	,668**	,658**	,645**	,632**	,562**	1,00												
10	,738**	,684**	,651**	,762**	,720**	,712**	,725**	,705**	,782**	1,00											
11	,619**	,591**	,586**	,625**	,587**	,654**	,614**	,574**	,769**	,712**	1,00										
12	,711**	,715**	,700**	,813**	,740**	,748**	,767**	,771**	,720**	,848**	,660**	1,00									
13	,669**	,695**	,613**	,696**	,726**	,647**	,711**	,621**	,496**	,646**	,480**	,646**	1,00								
14	,680**	,711**	,676**	,719**	,723**	,709**	,756**	,681**	,547**	,708**	,511**	,744**	,838**	1,00							
15	,675**	,656**	,619**	,703**	,682**	,685**	,710**	,636**	,604**	,733**	,585**	,694**	,817**	,826**	1,00						
16	,710**	,726**	,690**	,781**	,758**	,747**	,791**	,726**	,668**	,747**	,640**	,755**	,753**	,775**	,802**	1,00					
17	,668**	,648**	,681**	,728**	,681**	,692**	,727**	,640**	,560**	,661**	,553**	,704**	,781**	,731**	,729**	,729**	1,00				
18	,570**	,623**	,623**	,621**	,645**	,601**	,621**	,541**	,579**	,586**	,509**	,597**	,696**	,647**	,632**	,614**	,808**	1,00			
19	,438**	,518**	,493**	,452**	,500**	,457**	,461**	,451**	,365**	,364**	,233**	,358**	,460**	,469**	,423**	,407**	,373**	,383**	1,00		
20	,442**	,527**	,526**	,476**	,505**	,488**	,484**	,477**	,401**	,354**	,258**	,393**	,445**	,490**	,415**	,414**	,386**	,410**	,937**	1,00	
21	,429**	,501**	,512**	,435**	,462**	,452**	,467**	,448**	,402**	,370**	,322**	,430**	,439**	,518**	,446**	,401**	,448**	,457**	,693**	,701**	1,00

** . Correlação é significativa ao nível 0,01.

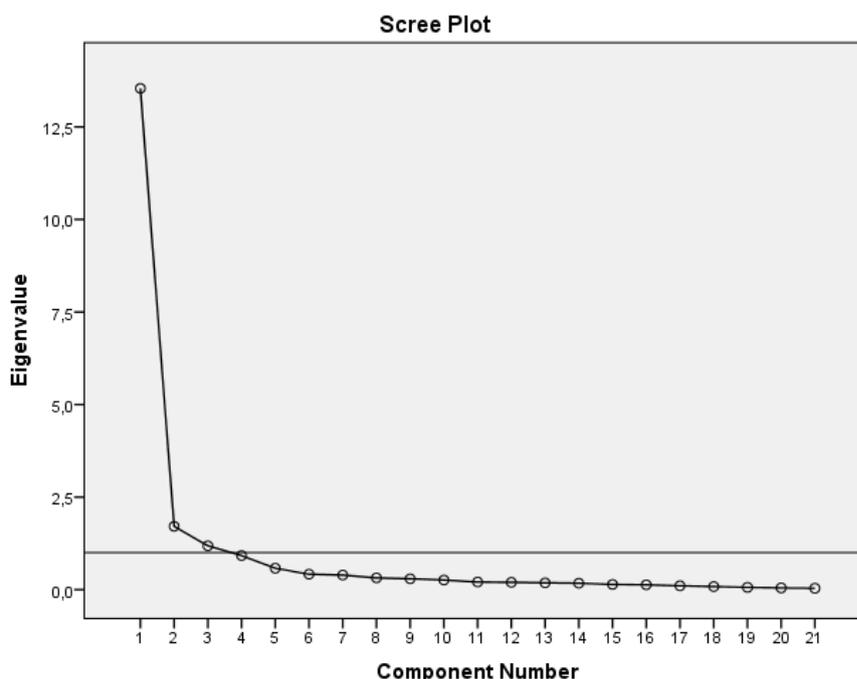
* . Correlação é significativa ao nível 0,05.

ns = não significativo

Legenda: 1 – Como avalia a sua satisfação em relação à atenção e disponibilidade dispensada aos problemas, 2 – Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi explicada a sua doença, sintomas e tratamento, 3 – Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi explicada a prescrição dos medicamentos, exames clínicos e de diagnóstico, 4 – Como avalia a sua satisfação em relação ao interesse mostrado pela situação pessoal, 5 – Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade para contar os problemas, 6 – Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi envolvido nas decisões terapêuticas, 7 – Como avalia a sua satisfação em relação à forma confidencial como foi tratada a informação disponibilizada, 8 – Como avalia a sua satisfação em relação ao desempenho global do profissional de saúde, 9 – De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições da sala de espera, 10 – De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições dos gabinetes de atendimento, 11 – De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições das casas de banho, 12 - De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições de acesso às instalações do complexo clínico, 13 – Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em marcar consultas, 14 – Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em contactar à distância o complexo clínico, 15- Como avalia a sua satisfação em relação aos horários que são disponibilizados, 16 – Como avalia a sua satisfação em relação à amabilidade e disponibilidade na admissão 17 – Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo de espera para marcação de consulta, 18 – Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo de espera para ser atendido , 19 – Como avalia a sua satisfação em relação aos preços dos diferentes serviços do complexo clínico 20 – Como avalia a sua satisfação em relação aos preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico, 21 – Como avalia a sua satisfação em relação aos acordos com os diferentes subsistemas.

Seguidamente foram utilizados diferentes testes estatísticos para prosseguir com a análise. Inicialmente determinou-se o teste de esfericidade de Bartlett que indica que existe correlação entre os itens, com um valor de $p < 0,01$. Verificado este pressuposto foi necessário aferir a homogeneidade das variáveis, pelo que se utilizou o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Marôco, 2011) que permite aferir a homogeneidade das variáveis e a qualidade das correlações. Obtendo-se um valor de KMO de 0,936, considera-se uma muito boa distribuição para análise fatorial em componentes principais. Desta forma, estão reunidas as condições para prosseguir com a análise fatorial, nomeadamente à seleção do método de extração de componentes principais e rotação dos fatores. Este método tem como principal objetivo facilitar a interpretação dos fatores, na qual cada item apresenta uma carga fatorial em poucos fatores ou apenas em um fator. A análise fatorial trata-se de uma técnica estatística que disponibiliza uma solução mais simples e objetiva. Para a confirmação de retenção de fatores utilizou-se o *ScreePlot* (Figura 6) que confirma a retenção dos três fatores, os valores próprios representados em relação ao número de fatores a reter, são os que correspondem à maior inclinação da reta, ou seja, a um maior afastamento dos valores próprios mais elevados à esquerda. A linha horizontal ilustra o critério de Kaiser (eigenvalue (valores próprios) > 1) com os valores superiores serem os três primeiros.

Figura 6- Diagrama ScreePlot da análise fatorial



Procedeu-se, de seguida, à rotação dos itens em relação aos fatores com o objetivo de facilitar a visualização da relação entre os itens e os componentes extraídos (fatores). Neste caso, optou-se pelo método de rotação ortogonal "Varimax" (Kaiser, 1958), o mais

comummente utilizado, já que pretendeu-se encontrar para cada componente principal os pesos mais significativos. O objetivo do método varimax é maximizar a variação existente entre os diversos pesos da componente principal, sendo que em cada factor os pesos mais significativos são aumentados e os pesos menos significativos são reduzidos para que cada fator apresente somente as variáveis mais significativas. A partir da rotação varimax emergiram três fatores, que apresentam um valor próprio superior um, assim sendo, a análise fatorial em componentes principais mostra uma solução fatorial de três fatores: Satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura, Satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e Satisfação dos clientes com os custos dos serviços. Dado que na análise de componentes principais apenas a variância comum é usada neste estudo, verifica-se que os valores relativos à comunalidades apresentam uma proporção de variância comum elevada, ou seja, acima do valor aceitável de 0,50 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009) (Apêndice B). Os três fatores em conjunto, explicam 78,28% da variância, sendo que o fator atendimento e estrutura explica 64,48% da variância, seguindo-se o fator admissão e acessibilidade 8,15% da variância e o fator custos com os serviços, 5,64% da variância (Apêndice C). A tabela seguinte pretende apresentar os fatores com os respetivos coeficientes de saturação de cada item.

Quadro 8 - Coeficiente de saturação dos itens da escala de satisfação em relação a cada fator.

	Fatores		
	Satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura	Satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade	Satisfação dos clientes com os custos dos serviços
4 - Como avalia a sua satisfação em relação ao interesse mostrado pela situação pessoal	,825		
6 - Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi envolvido nas decisões terapêuticas	,801		
7 - Como avalia a sua satisfação em relação à forma confidencial como foi tratada a informação disponibilizada	,800		
1 - Como avalia a sua satisfação em relação à atenção e disponibilidade dispensada aos problemas	,797		
5 - Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade para contar os seus problemas	,797		
8 - Como avalia a sua satisfação em relação ao desempenho global do profissional de saúde	,789		
2 - Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi explicada a sua doença, sintomas e tratamento	,775		
3 - Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi explicada a prescrição dos medicamentos, exames...	,748		

12 - De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições de acesso às instalações do complexo clínico	,729		
10 - De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições dos gabinetes de atendimento	,727		
9 - De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições da sala de espera	,691		
11 - De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições das casas de banho	,688		
16 - Como avalia a sua satisfação em relação à amabilidade e disponibilidade na admissão.	,608		
13 - Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em marcar consultas no complexo clínico.		,809	
15 - Como avalia a sua satisfação em relação aos horários que são disponibilizados.		,764	
17 - Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo de espera para marcação de consulta		,761	
18 - Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo de espera para ser atendido		,719	
14 - Como avalia a sua satisfação em relação à facilidade em contactar à distância o complexo clínico.		,717	
19 - Como avalia a sua satisfação em relação aos preços dos diferentes serviços do complexo clínico			,904
20 - Como avalia a sua satisfação em relação aos preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico			,898
21 - Como avalia a sua satisfação em relação aos acordos com os diferentes subsistemas			,750

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 6 iterations.

Após a análise em componentes principais dos itens que compõem a escala de satisfação dos clientes com os serviços prestados por um complexo clínico do norte do país, o passo seguinte, consistiu em analisar a estabilidade da escala, através do coeficiente de bipartição (split-Half). O coeficiente Spearman revela muito boa estabilidade, nomeadamente 0,916, assim como, o coeficiente Guttman Split-Half com 0,89. Bonett (2002) concluiu que o tamanho da amostra e o número de itens no questionário influencia a fiabilidade do teste do coeficiente de bipartição. Para um bom coeficiente de Spearman e Guttman quanto menor o número de itens ou quanto maior é a amostra, melhor será o coeficiente de bipartição assim como a relação de ambas é equilibrada. Ou seja, terá resultados tendenciosos se o tamanho da amostra for pequeno ou o número de questões for grande.

Posteriormente, realizou-se a determinação da consistência interna de cada fator, que permite avaliar em que medida cada um dos itens influencia os respectivos fatores, designadamente a satisfação com o atendimento e estrutura, a satisfação com a admissão e acessibilidade e a satisfação com os custos dos serviços. Assim sendo, optou-se pelo Alpha de Cronbach (Durand&Blais, 2003) sendo que para o fator atendimento e estrutura foi de $\alpha=0,972$, para o fator admissão e acessibilidade foi de $\alpha=0,912$ e para o fator custos com os serviços do complexo clínico $\alpha=0,909$, o que revela uma consistência interna muito boa (J. Lopes, 2012; Pestana & Gageiro, 2014).

Os fatores resultantes da aplicação da análise fatorial confirmatória são as variáveis ordinais que variam entre 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito). Como podemos observar através do quadro 9, os diferentes valores dos três fatores são ligeiramente semelhantes, as diferenças situam-se a nível dos desvios padrões e alguma disparidade nas médias. A seguir, será realizado a análise das medidas de tendência central e de dispersão de cada fator, nomeadamente a média e o desvio padrão, variância, mínimo, máximo e mediana. Quanto à média das pontuações dos itens que integram os diferentes fatores foi de: atendimento e estrutura 4,33, (dp 0,45); admissão e acessibilidade 4,11 (dp 0,68); e custos com os serviços 3,72 (dp 0,63). Desta forma, constata-se que os valores relativos à média para cada fator é superior ao ponto médio da escala pelo que podemos afirmar que os clientes mostram-se satisfeitos com os serviços disponibilizados pelo complexo clínico.

Quadro 9 - Estatísticas descritivas relativas aos fatores: atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.

Estatística descritiva relativa aos factores						
	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	Mediana
Atendimento e estrutura	4,33	0,447	0,199	3,00	5,00	4,00
Admissão e acessibilidade	4,10	0,681	0,465	2,00	5,00	4,00
Custos com os serviços	3,72	0,635	0,403	3,00	5,00	4,00

Para finalizar, no quadro 10, podemos observar a análise das medidas de tendência central e de dispersão de cada item, particularmente a média e o desvio padrão (dp). Dos itens que integram o fator atendimento e estrutura, as médias estão compreendidas entre o

4,20 e 4,40, sendo que os itens com médias mais baixas correspondem à estrutura física, nomeadamente às condições das casas de banho e salas de espera. As médias mais altas do mesmo fator dizem respeito ao acesso às instalações do complexo clínico e aos itens diretamente relacionados com o atendimento como, por exemplo, o empenho global do profissional de saúde com 4,37. No fator admissão e acessibilidade as médias oscilam entre a satisfação dos clientes em contactar o complexo clínico à distância com 3,78 (satisfeito) $dp=1,136$ e satisfação dos clientes na facilidade em marcar consultas no complexo clínico com uma média de 4,22 e um $dp=0,715$. No fator satisfação dos clientes com custos com os serviços pode-se observar que a média dos três itens está equilibrada com valores de 3,71 para a satisfação dos clientes em relação aos preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico, 3,72 para a satisfação dos clientes em relação aos acordos com os diferentes subsistemas e 3,74 para a satisfação dos clientes em relação aos preços dos diferentes serviços do complexo clínico. De acordo com a escala de Likert, todos os itens correspondem à categoria de nível “satisfeito”.

Quadro 10 - Estatísticas descritivas relativas aos itens que integram os fatores: atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.

Designação do Fator	Item	Média	Desvio Padrão
Atendimento e estrutura	Como avalia a satisfação em relação à atenção e disponibilidade aos seus problemas.	4,36	0,504
	Como avalia a satisfação em relação à forma como foi explicada a sua doença, sintomas e tratamento.	4,35	0,512
	Como avalia a satisfação em relação à forma como foi explicada a prescrição dos medicamentos, exames clínicos e de diagnóstico.	4,32	0,526
	Como avalia a satisfação em relação ao interesse mostrado pela situação pessoal.	4,36	0,504
	Como avalia a satisfação em relação à facilidade para contar os seus problemas.	4,32	0,514
	Como avalia a satisfação em relação à forma como foi envolvido nas decisões terapêuticas.	4,30	0,530
	Como avalia a satisfação em relação à forma confidencial como foi tratada a informação disponibilizada.	4,36	0,516
	Como avalia a satisfação em relação ao desempenho global do profissional de saúde.	4,37	0,496
	De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às salas de espera.	4,26	0,501
	De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação aos gabinetes de atendimento.	4,36	0,506
	De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às casas de banho.	4,20	0,563
	De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação ao acesso às	4,40	0,526

	instalações do complexo clínico		
	Como avalia a satisfação em relação à amabilidade e disponibilidade na admissão.	4,33	0,520
Admissão e acessibilidade	Como avalia a satisfação em relação à facilidade em marcar consultas no complexo clínico.	4,22	0,715
	Como avalia a satisfação em relação à facilidade em contactar à distância o complexo clínico.	3,78	1,136
	Como avalia a satisfação em relação aos horários que são disponibilizados.	4,18	0,725
	Como avalia a satisfação em relação ao tempo de espera para marcação de consulta.	4,20	0,674
	Como avalia a satisfação em relação ao tempo de espera para ser atendido.	4,16	0,601
Custos com os serviços	Como avalia a satisfação em relação aos preços dos diferentes serviços do complexo clínico.	3,74	0,672
	Como avalia a satisfação em relação aos preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico	3,71	0,666
	Como avalia a satisfação em relação aos acordos com os diferentes subsistemas.	3,72	0,730

4.3. Resultados relativos às hipóteses do estudo

De seguida serão apresentados os resultados em relação às hipóteses estabelecidas e confrontados os resultados obtidos com outros estudos similares.

Quanto à hipótese 1 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional e habilitações literárias), obteve-se os seguintes resultados:

Relativamente à correlação entre o fator satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e a variável idade, a correlação linear de $\rho=0,231$, indica uma correlação positiva e baixa, no entanto é significativa, existindo uma fraca associação entre a idade e a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura, que aumenta com a idade. Também se observou relação estatisticamente significativa com a variável situação profissional (Qui quadrado= 9,404, $p=0,024$) sendo os reformados e os estudantes os que apresentam mais satisfação com o atendimento e estrutura (respetivamente 104,61 e 92,92).

Não se verificou diferenças estatisticamente significativas com as restantes variáveis sociodemográficas, nomeadamente estado civil, habilitações literárias e género, como se pode observar no quadro 11.

Quadro 11 - Correlação entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e as variáveis sociodemográficas.

	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	Qui-Quadrado	df	Nível de significância
Situação profissional	Empregado			Desempregado			Estudante			Reformado					
	98	4,28±0,414	81,95	22	4,16±0,477	67,45	18	4,45±0,483	92,92	32	4,49±0,452	104,61	9,404	3	0,024
Estado civil	Casado/União de facto			Solteiro			Divorciado/Separado			Viúvo					
	123	4,30±0,439	83,98	34	4,31±0,449	82,09	4	4,37±0,476	94,88	10	4,64±0,470	120,55	5,845	3	0,119
Habilitações literárias	Escolaridade obrigatória			Ensino secundário			Ensino superior								
	92	4,38±0,470	92,85	54	4,27±0,429	78,32	25	4,25±0,378	77,38				4,119	2	0,127
Gênero	Masculino			Feminino			Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Nível de significância					
	85	4,29±0,461	81,80	86	4,36±0,431	90,15	3298	6953	-1,146	0,252					
Idade	N	Coeficiente de correlação		Nível de significância											
	171	0,231		0,002											

No que respeita à hipótese 2 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias), constata-se os seguintes resultados:

Quanto à correlação entre o fator satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e a idade, verificou-se a existência de uma correlação baixa com o coeficiente de correlação de $\rho = 0,172$ e com um nível de significância de 0,024, ou seja, a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade aumenta com a idade. Quanto à relação entre o fator satisfação com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas género, estado civil, situação profissional e habilitações literárias, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas conforme se verifica no quadro 12.

Quadro 12 - Correlação entre a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas.

	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	Qui-Quadrado	df	Nível de significância
Situação profissional	Empregado			Desempregado			Estudante			Reformado			6,225	3	0,101
	98	4,10±0,651	85,60	22	3,81±0,760	64,05	18	4,22±0,632	91,78	32	4,27±0,710	96,42			
Estado civil	Casado/União de facto			Solteiro			Divorciado/Separado			Viúvo			4,224	3	0,238
	123	4,09±0,690	84,70	34	4,06±0,664	82,26	4	4,05±0,737	81,50	10	4,54±0,558	116,50			
Habilitações literárias	Escolaridade obrigatória			Ensino secundário			Ensino superior						2,835	2	0,242
	92	4,17±0,666	90,88	54	3,98±0,723	76,88	25	4,14±0,631	87,76						
Género	Masculino			Feminino			Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Nível de significância					
	85	4,01±0,713	79,90	86	4,20±0,639	92,03	3136,5	6791,5	-1,625	0,104					
Idade	N	Coeficiente de correlação		Nível de significância											
	171	0,172		0,024											

Relativamente à hipótese 3 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias), observa-se forte correlação entre o fator satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde com a variável situação profissional, sendo que o teste Kruskal Wallis mostrou um nível de significância de $p = 0,009$ e um qui-quadrado de 11,469, sendo que os desempregados estão menos satisfeitos com os custos dos serviços, em comparação com os estudantes e os reformados como se pode verificar no quadro 13.

Quadro 13 - Correlação entre o fator satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas.

	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	Qui-Quadrado	df	Nível de significância
Situação profissional	Empregado			Desempregado			Estudante			Reformado					
	98	3,70± 0,582	84,29	22	3,36± 0,513	59,00	18	3,94± 0,802	98,56	32	3,93± 0,671	100,08	11,469	3	0,009
Estado civil	Casado/União de facto			Solteiro			Divorciado/Separado			Viúvo					
	123	3,67± 0,623	81,81	34	3,75± 0,609	88,18	4	4,17± 0,577	116,38	10	4,17± 0,724	118,0	7,225	3	0,065
Habilitações literárias	Escolaridade obrigatória			Ensino secundário			Ensino superior								
	92	3,76± 0,680	88,49	54	3,64± 0,549	81,32	25	3,75± 0,640	86,92				0,789	2	0,674
Género	Masculino			Feminino			Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Nível de significância					
	85	3,70± 0,619	84,66	86	3,74± 0,652	87,33	3541	7196	-0,368	0,713					
Idade	N	Coeficiente de correlação		Nível de significância											
	171	0,027		0,729											

Quanto à hipótese 4 existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, situação profissional, e habilitações literárias), é de realçar que se verificou uma correlação significativa entre a satisfação global e a situação profissional ($p = 0,005$) sendo que os reformados e os estudantes são os mais satisfeitos globalmente com os serviços prestados pelo complexo clínico e os desempregados os menos satisfeitos (Quadro 14). Também a correlação com a idade, apresentando um $p = 0,184$, que indica uma correlação positiva e baixa, no entanto é significativa, existindo uma fraca associação entre a idade e a satisfação global dos clientes, que aumenta com a idade.

Quadro 14 - Correlação entre a satisfação global dos clientes e as variáveis sociodemográficas.

	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	Qui-Quadrado	df	Nível de significância
Situação profissional	Empregado			Desempregado			Estudante			Reformado					
	98	4,40± 0,492	84,63	22	4,09± 0,426	60,25	18	4,50± 0,514	93,25	32	4,59± 0,499	101,17	12,981	3	0,005
Estado civil	Casado/União de facto			Solteiro			Divorciado/Separado			Viúvo					
	123	4,39± 0,506	84,46	34	4,35± 0,485	81,00	4	4,50± 0,577	93,50	10	4,80± 0,422	119,00	6,810	3	0,078
Habilitações literárias	Escolaridade obrigatória			Ensino secundário			Ensino superior								
	92	4,47± 0,523	91,11	54	4,33± 0,476	79,33	25	4,36± 0,490	81,60				2,936	2	0,230
Gênero	Masculino			Feminino			Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Nível de significância					
	85	4,36± 0,508	82,41	86	4,45± 0,501	89,55	3350	7005	-1,10	0,272					
Idade	N	Coeficiente de correlação		Nível de significância											
	171	0,184		0,016											

No que concerne à hipótese 5 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com atendimento e estrutura, satisfação com a admissão e acessibilidade e satisfação com os custos dos serviços de saúde, salientam-se os seguintes resultados: na análise da relação entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura, verificou-se um coeficiente de correlação de *Spearman* de $\rho = 0,794$, sendo uma correlação alta, positiva e linear. Podemos concluir que quanto maior é a satisfação global dos clientes, maior é a satisfação com o fator atendimento e estrutura; quanto à relação entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade, verificou-se uma associação alta, positiva e linear $\rho = 0,715$; quanto ao coeficiente de correlação de *Spearman* entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com os custos dos serviços de saúde é $\rho = 0,458$ sendo uma associação moderada, positiva e linear. Apesar de não se verificar uma forte correlação entre esta variável e o fator satisfação dos clientes com custos dos serviços, não se rejeita a hipótese. Assim sendo, podemos concluir que a quanto maior é a satisfação global dos clientes, maior é a satisfação com os três fatores a saber: satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura; admissão e

acessibilidade e satisfação com os custos dos serviços. A tabela seguinte sintetiza a correlação das variáveis em estudo.

Quadro 15 – Correlação linear de Spearman entre a satisfação global dos clientes e a satisfação com o atendimento e estrutura, com a admissão e acessibilidade, e com os custos dos serviços.

	Satisfação dos clientes com atendimento e estrutura	Satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade	Satisfação dos clientes com os custos dos serviços
Satisfação global dos clientes	0,794*	0,715*	0,458*

* $p < 0,001$;

Através da análise dos dados obtidos, podemos corroborar que das cinco hipóteses formuladas uma é confirmada e quatro são parcialmente confirmadas, como se pode observar no quadro 16.

Quadro 16 - Síntese de resultados das hipóteses do estudo

Hipótese (H)	Resultado
H1 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura e as variáveis sociodemográficas;	Parcialmente confirmada
H2 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade e as variáveis sociodemográficas;	Parcialmente confirmada
H3 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos clientes com os custos dos serviços e as variáveis sociodemográficas.	Parcialmente confirmada
H4 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e as variáveis sociodemográficas.	Parcialmente confirmada
H5 - Existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação global dos clientes e a satisfação dos clientes com atendimento e estrutura, satisfação com a admissão e acessibilidade e satisfação com os custos dos serviços de saúde.	Confirmada

Em jeito de síntese verifica-se que a hipótese 1, é parcialmente confirmada pois existe relação entre a satisfação dos clientes com o atendimento e estrutura com a situação profissional e a idade. As outras variáveis sociodemográficas (género, habilitações literárias,

estado civil) não apresentam correlação com a satisfação dos clientes relativamente ao atendimento e estrutura. Quanto á hipótese 2 é parcialmente rejeitada na medida em que se verificou correlação entre a idade e a satisfação dos clientes com a admissão e acessibilidade. No que se refere à hipótese 3 é parcialmente confirmada dado que se constata relação estatisticamente significativa com a situação profissional.

Das hipóteses analisadas e tendo em conta os fatores que integram a satisfação dos clientes com os serviços prestados por um complexo clínico do norte do país, nomeadamente a satisfação com o atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e com os custos, de entre as variáveis sociodemográficas, a idade e a situação profissional evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a satisfação aumenta com a idade e é superior entre os clientes reformados e estudantes.

Embora na literatura publicada não exista consenso sobre a relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação com os cuidados de saúde, alguns autores apontam a importância da idade afirmando que os indivíduos mais jovens (Bouffioulx, Arnould, & Thonnard, 2008) e os mais idosos (Wressle et al. 2006) estão mais satisfeitos, o que também se verificou no presente estudo. Atualmente existem diferentes opiniões quanto à associação entre a satisfação dos clientes e as variáveis sociodemográficas. Assim contrariamente, no estudo de Pasquina et al. (2008) a variável idade e a localização geográfica têm pouco efeito sobre a satisfação com a prestação de cuidados de saúde. Outros estudos revelam, igualmente, que existe diferença entre os sexos, no que refere à satisfação, pois as mulheres estão menos satisfeitas, globalmente, do que os homens (Röding, Glader, Malm, & Lindström, 2010; Wressle et al., 2006), apresentando resultados distintos do presente estudo.

No estudo de Hall e Dornan (1990) é possível verificar a inexistência de correlação positiva entre a satisfação dos clientes e a variável sociodemográfica idade. No presente estudo esta variável sociodemográfica apresenta uma correlação positiva e baixa, contudo considera-se a mesma significativa por apresentar um $p = 0.184$. Assim sendo, os resultados obtidos contrariam os resultados presentes no estudo de Hall e Dornan (1990). Também Weiss (1998) refere que as características sociodemográficas como idade, sexo e raça tem menos impacto na satisfação dos pacientes do que os fatores predisponentes.

Também no que respeita à relação entre a satisfação global dos clientes com as variáveis sociodemográficas, (hipótese 4) é parcialmente confirmada sendo que a satisfação global dos clientes aumenta com a idade e é superior entre os reformados e os estudantes. Para Thia, Briançonb, Empereurb e Guilleminb (2002) um dos fatores com maior impacto na satisfação dos serviços de saúde é a idade avançada dos clientes.

Ao constatar-se que a variável situação profissional pode estar relacionada com a satisfação nos fatores atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços sendo superior nos indivíduos reformados e estudantes pode ter como razões subjacentes o nível de escolaridade mais baixo entre os indivíduos reformados e por conseguinte uma menor exigência na qualidade e apreciação crítica dos cuidados que são disponibilizados. No que respeita a maior satisfação em relação aos custos pode ser interpretado pelo facto deste grupo etário estar isento de taxas moderadoras e também como resultado dos acordos que o complexo clínico estabelece com os subsistemas e seguradoras. Quanto aos estudantes a satisfação com os serviços prestados pode resultar do facto de não assumirem os custos e por terem uma maior apreciação crítica e capacidade de análise em relação aos cuidados que são disponibilizados.

Quanto à hipótese 5 que pretendia verificar a associação entre a satisfação global dos clientes e os fatores que integram a escala de avaliação da satisfação, é confirmado pelos resultados obtidos, verificando-se uma correlação alta em relação ao atendimento e estrutura e admissão e acessibilidade e moderada em relação aos custos dos serviços, o que também se confirma no estudo de Pestana e Gageiro (2014).

Capítulo V - Conclusões

O aprofundamento do estudo na área da satisfação dos clientes e a recolha de indicadores empíricos dão um contributo para a construção de um saber teórico consistente.

De entre as principais conclusões salientamos que a idade e a situação profissional apresentam uma relação estatisticamente significativa com a satisfação em relação ao atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e com os custos dos serviços, sendo que aumenta com a idade e nos reformados e estudantes. Concluindo, podemos referir que os clientes estão bastante satisfeitos com os serviços prestados pelo complexo clínico, nomeadamente quanto ao atendimento e estrutura, admissão e acessibilidade e custos com os serviços.

Podemos afirmar que o valor acrescentado do presente estudo pode-se refletir a vários níveis:

- i. Apesar do presente estudo de caso compreender a avaliação da satisfação num complexo clínico do norte de Portugal e do tamanho da amostra possibilita a compreensão e o conhecimento de uma realidade pouco explorada até ao momento e perceber a satisfação dos clientes quanto aos serviços prestados;
- ii. A investigação, os resultados obtidos e a sua análise possibilitam também o conhecimento das fragilidades e das potencialidades do complexo clínico, que traz benefícios para a gestão da qualidade no complexo clínico estudado. Verifica-se assim uma relação *win-win* entre o investigador e as profissionais / instituição analisada, sendo que ambas têm benefícios pelo investimento realizado durante o presente estudo.

Num trabalho futuro poderá ser abordada, igualmente, a perspetiva dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde) quanto à satisfação, pois a motivação dos profissionais de saúde reflete-se na qualidade dos resultados, assim como na satisfação dos clientes quanto aos serviços de saúde prestados (Santos *et al.* 2007). Outra sugestão de melhoramento e de complementaridade do trabalho efetuado refere-se à possibilidade de realizar uma análise comparativa entre as diversas clínicas que constituem o complexo clínico, de forma a perceber se existem diferenças quanto à satisfação com os serviços disponibilizados permitindo uma melhor adequação às expectativas dos clientes.

Durante a realização desta dissertação foram encontradas diversas limitações que analisadas de forma adequada e crítica podem melhorar o desenvolvimento de trabalhos futuros bem como proporcionar a inovação na área da satisfação dos clientes no ramo da saúde. Uma das limitações do estudo é a dimensão da amostra pelo que, posteriormente,

será pertinente e vantajoso dar continuidade à aplicação do questionário aumentando o número de participantes em futuros estudos e conseqüentemente a possibilidade de generalizar as conclusões.

Reconhecendo que a investigação assume relevância quando se pode intervir sobre o objeto de estudo, consideramos que no presente momento se podem delinear algumas recomendações. Os resultados obtidos indicam que os clientes deste complexo clínico estão, na sua maioria, bastante satisfeitos com os serviços prestados, pelo que se recomenda que o complexo clínico mantenha a mesma linha de gestão e o mesmo desempenho obtido até à data. No entanto, considera-se que o complexo clínico poderá melhorar alguns dos aspectos mencionados como mais frágeis pelos clientes, designadamente:

- Melhorar os serviços de apoio telefónico e marcação de consulta dos clientes, tendo sido este o aspecto mais negativo salientado pelos clientes;
- Diminuir o tempo de espera das consultas e tratamentos;
- Maximizar os horários disponibilizados;
- Melhorar a comunicação externa dos serviços prestados e informar os clientes sobre as diversas formas de acessibilidade ao complexo clínico.

De forma conclusiva, é imperativo delinear e desenvolver ações de avaliação das organizações de saúde de forma a perceber a satisfação dos clientes e proceder a delineação das melhoras estratégias operacionais.

Quanto a este estudo foi possível avaliar e compreender, pela primeira vez, a satisfação dos clientes e assim disponibilizar informação útil aos gestores no sentido da melhoria dos serviços prestados e continuar assim a ser um serviço de qualidade e excelência, que permita acrescentar mais valor aos serviços disponibilizados, para o qual deve concorrer a participação de todos os profissionais.

Capítulo VI - Referências Bibliográficas

- Adwan, Y., & Abedl-Halim, A. (1997). Factors associated with the patient's satisfaction for Services provided by hospitals. *Al-Yarmouk Researches*, 13(1), 303–319.
- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient with health service in Bangladesh. *Health Policy Plan*, 22(4), 263–273.
- Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Medicine Health Care and Philosophy*, 8(3), 335–341.
- Bonett, G. (2002). Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Statist. Med*, 21, 1331–1335.
- Bouffiuoux, É., Arnould, C., & Thonnard, J.-L. (2008). Satis-stroke: a satisfaction measure of activities and participation in the actual environment experienced by patients with chronic stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 836–843.
- Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2007). Quality in Healthcare: Concepts and Practice. In *The Business of Healthcare*. Westport: Praeger.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8–32.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*.
- Carr- Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, 14(3), 236–249.
- Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25–36.
- Clerfeuille, F., Poubanne, Y., Vakrilova, M., & Petrova, G. (2008). Evaluation of consumer satisfaction using the tetra-class model. *Research and Administrative Pharmacy*, 4, 258–271.
- Correia, E. (2002). Qualidade e desempenho empresarial: Que relação? *Revisores E Empresas*, 19, 34–46.

- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perception-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125–131.
- Crosby, P. B. (1984). *Quality Without Tears: The Art of Hassle-Free Management*. New York: McGraw-Hill.
- Crosby, P. B. (1989). *Let's talk quality*. New York: McGraw-Hill.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health - Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (No. EUR/ICP/RPD 414). Copenhagen.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the crisis*. MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A. (1982). *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Harbor: Health Administration Press.
- Earle, S. (2007). Exploring Health. In S. Earle, C. E. Lloyd, M. Sidell, & S. Spurr (Eds.), *Theory and Research in Promoting Public Health*. London: Sage.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Faria, C. A. de. (2003). *Merkatus. SERVQUAL: Uma ferramenta para medir a qualidade dos serviços*. Retrieved March 1, 2015, from http://www.merkatus.com.br/11_artigos/28.htm
- Ferreira, P. . L. (1999). *A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar*. Lisboa.
- Ferreira, P. . L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários - enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 16(1), 53–62.
- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2005). *Administração de serviços: Operações, estratégia e tecnologia da informação*. Porto Alegre: Bookman.

- Florentim, R. M. F. (2006). A Qualidade dos Cuidados de Saúde Prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira: Um Estudo Empírico. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 13, 15–26.
- Fortin, M. (2003). O desenho de investigação. In *O processo de investigação da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fournier, S. M., & Mick, D. G. (1999). Rediscovering satisfaction. *Journal of Marketing*, 63(October), 5–23.
- Garwin, M. (1987). Competing on the eight dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 65(6), 101–119.
- Gasquet, I. (1999). Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Press Médicale*, 28(29), 1610–1615.
- Gerson, R. F. (2001). *A excelência no atendimento a clientes: Mantendo seus clientes por toda a vida*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Godfrey, P. C. (2004). The relationship between corporate philanthropy and shareholder wealth: A risk management perspective. *Academy of Management Review*, 30, 777–798.
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de interna. *Revista de Enfermagem Referência IIIª Série*, III(8), 29–38.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2, 6–18.
- Graça, L. (1994). Para uma teoria da satisfação dos utentes de serviços de saúde". Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. *Notas de Leitura*, 119(7-13).
- Guedes, T. (2012). *Avaliação da qualidade e satisfação dos clientes: estudo de caso numa organização privada de saúde*. Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro.
- Hair, J. J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th Editio.). New Jersey: Prentice Hall.

- Hall, J., & Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811–818.
- Henson, R., & Roberts, J. (2008). Use of exploratory factor analysis in published research. common errors and some comment on improved practice Measurement. *Educational and Psychological*, 66(3), 393–416.
- Hunt, K. H. (1977). Customers Satisfaction / Dissatisfaction- Overview and Future Directions. In K. H. Hunt (Ed.), *Conceptualization and Measurement of Customer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute (pp. 71–109). Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- International Organization for Standardization. (2009). Managing for the sustained success of an organization — A quality management approach. Geneva: International Organization for Standardization.
- Jesus, É. H. (2005, August 14). Enfermeiro. *Jornal Da Madeira*.
- Juran, J. (1988). *Juran on Planning for Quality*. New York: The free press.
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1988). *The quality control handbook* (4th Editio.). New York: McGraw-Hill.
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in counse-ling psychology - Research, training, and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 648–718.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (1998). *Princípios de marketing* (7ª Edição.). Rio de Janeiro: LTC.
- Landrum, H., Prybutok, V. R., & Zhang, X. (2007). A comparison of Magal's service quality instrument with SERVPERF. *Information & Management*, 44, 104–113.
- Lima, G. (2003). *Avaliação da satisfação dos utentes dos services de saúde prestados em ambulatório*. Matosinhos.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577–582.

- Linn, M. (1988). Social Dysfunction Rating Scale (SDRS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 801–802.
- Lira, S. A. (2004). *Análise de correlação: Abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações*. Universidade Federal do Paraná.
- Lopes, H. J. C. (2007). *Medição da Percepção da Qualidade de Serviço. Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde*. Universidade de Évora.
- Lopes, J. (2012). *Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: contributo para a adaptação e validação do Questionário de Satisfação SNQ-10*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lovelock, C., & Wright, L. (2001). *Serviços: Marketing e Gestão*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Lucas, J. (1996). Centros de Saúde em mudança. Utentes: Que expectativas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 13.
- Lucas, K., & Lloyd, B. (2005). *Health Promotion: Evidence and Experience*. London: Sage Publications.
- Maia, M. A., Salazar, A. M. B. K., & Ramos, P. M. G. (2007). *A Adequação dos modelos SERVQUAL e SERVPERF na medição da qualidade de serviço: o caso RAR Imobiliária*. (J. C. A. C. (coord.), Ed.) *Conocimiento, innovación y emprendedores: camino al futuro*.
- Marôco, J. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ª Edição.)*. Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª edição.)*. Pero Pinheiro: Edições Report Number.
- Marques, T. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente: Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro.
- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

- Meterko, M., Nelson, E. C., Rubin, H. R., Batalden, P., Berwick, D. M., Hays, R. D., & Ware, J. E. J. (1999). Patient Judgments of Hospital Quality: Report of a Pilot Study. *Medical Care*, 28(9), 1–56.
- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de Satisfação: Um Modelo para Planos de Saúde. *RAE-Eletrônica*, 4(2), 0–0. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482005000200002.
- Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão resumo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Monteiro, J. M. L. (1991). Satisfação em Saúde numa perspectiva da garantia da qualidade. *Boletim Do Hospital de Bragança*, 1(2).
- Nicholson, R., & Stephenson, P. (2004). Environment Determinants of Health. In H. Keleher & B. Murphy (Eds.), *Understanding Health. A Determinants Approach* (pp. 23–39). Melbourn: Oxford University Press.
- Nordenfelt, L. (2001). *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam and New York (NY): Editions Rodopi.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(Spring), 12–40.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*, 43(Esp), 992–999.
- Pasquina, P. F., Tsao, J. W., Collins, D. M., Chan, B. L., Charrow, A., Karmarkar, A. M., & Cooper, R. A. (2008). Quality of medical care provided to service members with combat-related limb amputations: report of patient satisfaction. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(7), 953–960.
- Pereira, J. C. R. (1999). *Análise de dados quantitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais* (2ª Edição.). São Paulo: USP.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados em ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª Edição.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinho, I., Rego, A., & Kastenzholz, E. (2008). Factores satisficentes e insatisficentes dos utilizadores de websites: Um estudo de caso. *Polytechnical Studies Review*, *VI*(10), 051–071.
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *2*, 43–51.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Edição.). Gradiva.
- Reid, R. D., & Sanders, N. R. (2005). *Operations Management: An Integrated Approach* (2nd Editio.). Danvers, MA: Wiley.
- Reidpath, D. (2004). Social Determinants of Health. In H. . Keleher & B. Murphy (Eds.), *Understanding Health. A Determinants Approach* (pp. 9–23). Melbourn: Oxford University Press.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Escola Superior de Enfermagem S. João.
- Röding, J., Glader, E. L., Malm, J., & Lindström, B. (2010). Life satisfaction in younger individuals after stroke: different predisposing factors among men and women. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *42*(2), 155–161.
- Rodrigues, S. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL.
- Rooney, A. L., & Ostenberg, P. R. van. (1999). *Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Bethesda, MD.
- Salomon, L., Gasquet, I., Mesbah, M., & Ravaud, P. (1999). Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, *11*(6), 507–516.

- Santos, M. R. S. (1993). Avaliação da qualidade na perspetiva do utente - importância dos aspetos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11(4).
- Santos, O., & Biscaia, A. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa.
- Schaw, C. D. (2003). Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 455–456.
- Sepúlveda, M. do R. S., & Raposo, G. M. C. de. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida, Medicina Apoiada, SA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 33–39.
- Silva, D. P. P. da. (2008). *Satisfação e fidelização de clientes - O caso da Caixa Agrícola de Crédito mútuo de Amares*. Universidade Fernando Pessoa.
- Suarez, G. J. (1992). *Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming e Joseph M. Juran*. Arlington.
- Swinburn, B., & Cameron-Smith, D. (2004). Biological Determinants of Health. In H. Keleher & B. Murphy (Eds.), *Understanding Health. A Determinants Approach* (pp. 40–57). Melbourne: Oxford University Press.
- Thia, P. L. N., Briançonb, S., Empereurb, F., & Guilleminb, F. . (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*2, 54(4), 493–504.
- Turrell, G., Oldenburg, B., McGuffog, I., & Dent, R. (1999). *Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda*. Canberra.
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599–613.
- Veloso, M. (2012). *Impacto da certificação nos serviços de saúde, na qualidade dos cuidados e na segurança dos utentes de uma instituição particular de solidariedade social*. Faculdade Economia da Universidade do Porto.

- Vidigal, R. (2010). *Contributo para a Gestão da Qualidade Clínica num Serviço de Radiologia*. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Ware, J. E. jr. (1978). Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 4(April), 327–336.
- Warwick-Booth, L., Woodall, J., South, J., Bagnall, A.-M., Day, R., & Cross, R. (2012). *An Evaluation of Sunderland Health Champions Programme*. Leeds.
- Weiss, G. (1998). Patient Satisfaction with Primary Medical Care Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Medical Care*, 26(4).
- Westaway, M., Rheeder, P., Van Zyl, D., & Seager, J. (2003). Interpersonal and organizacional dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 337–344.
- Wilkin, D., Hallam, L., & Dogget, M.-A. (1992). *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Williamson, T. (1992). Health care interviews by school nurses. *Health Visitor*, 65, 402–404.
- Wilton, P., & Nicosia, F. M. (1986). Emerging Paradigms for the Study of Consumer Satisfaction. *European Research*, 14(January), 4–1.
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization (1946). <http://www.who.int/>.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to longterm therapies: evidence for action*. Geneva.
- Wressle, E., Eriksson, L., Fahlander, A., Rasmusson, I. M., Tedemalm, U., & Tängmark, K. (2006). Patient perspective on quality of geriatric care and rehabilitation--development and psychometric testing of a questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 135–142.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The free press.

APÊNDICE A

No âmbito do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, encontro-me a desenvolver a investigação subordinada ao tema “Satisfação dos clientes com os cuidados de saúde de um complexo clínico localizado no norte do país” e que pretende contribuir para a implementação de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

O Questionário é de natureza confidencial e anónima, não existindo respostas certas ou erradas. A sua participação é voluntária e pode em qualquer momento desistir do seu preenchimento. A sua opinião é imprescindível, pelo que muito agradecemos a colaboração no preenchimento deste questionário.

Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____

2. Género:

(1) Masculino

(2) Feminino

3. Habilitações Literárias:

(1) Escolaridade obrigatória

(2) Ensino Secundário

(3) Ensino Superior

4. Situação Profissional:

(1) Empregado

(2) Desempregado

(3) Estudante

(4) Reformado

Outra _____

5. Estado Civil:

(1) Casado(a)/ União de facto

(2) Solteiro(a)

(3) Divorciado(a)/ Separado(a)

(4) Viúvo(a)

6. Quantas vezes utilizou serviços da clínica no último ano: _____

Como avalia a sua satisfação em relação:					
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. À facilidade em marcar consultas no complexo clínico.					
2. À facilidade em contactar à distância o complexo clínico (por telefone/e-mail).					
3. Aos horários que são disponibilizados.					
4. À amabilidade e disponibilidade na admissão.					
5. Ao tempo de espera para marcação de consulta.					
6. Ao tempo de espera para ser atendido.					
7. Preços dos diferentes serviços do complexo clínico.					
8. Preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico.					
9. Acordos com os diferentes subsistemas (Seguradoras, ADSE, e outros).					
10. À atenção e disponibilidade dispensada aos seus problemas.					
11. À forma como foi explicada a sua doença, sintomas, e tratamento.					
12. À forma como foi explicada a prescrição dos medicamentos, exames clínicos e de diagnóstico.					
13. Ao interesse mostrado pela situação pessoal.					
14. À facilidade para contar os seus problemas.					
15. À forma como foi envolvido(a) nas decisões terapêuticas.					
16. À forma confidencial como foi tratada a informação disponibilizada.					
17. Ao desempenho global do profissional de saúde.					
De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às condições:					
18. Da sala de espera.					
19. Dos gabinetes de atendimento.					
20. Das casas de banho.					
21. De acesso às instalações do complexo clínico.					
22. Como avalia a satisfação global em relação a esta clínica.					
23. Recomendaria esta clínica a amigos/conhecidos?	Sim		Não		
Recomendações e sugestões					
24. Na sua opinião que sugestões deseja apresentar no sentido de melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados por este complexo clínico?					

APÊNDICE B

Communalities

	Initial	Extraction
Como avalia a satisfação em relação à facilidade em marcar consultas no complexo clínico.	1,000	,832
Como avalia a satisfação em relação à facilidade em contactar à distância o complexo clínico.	1,000	,770
Como avalia a satisfação em relação aos horários que são disponibilizados.	1,000	,804
Como avalia a satisfação em relação à amabilidade e disponibilidade na admissão.	1,000	,745
Como avalia a satisfação em relação ao tempo de espera para marcação de consulta.	1,000	,778
Como avalia a satisfação em relação ao tempo de espera para ser atendido.	1,000	,685
Como avalia a satisfação em relação aos preços dos diferentes serviços do complexo clínico.	1,000	,895
Como avalia a satisfação em relação aos preços das diferentes consultas de especialidades médicas do complexo clínico	1,000	,897
Como avalia a satisfação em relação aos acordos com os diferentes subsistemas.	1,000	,698
Como avalia a satisfação em relação à atenção e disponibilidade aos seus problemas.	1,000	,799
Como avalia a satisfação em relação à forma como foi explicada a sua doença, sintomas e tratamento.	1,000	,839
Como avalia a satisfação em relação à forma como foi explicada a prescrição dos medicamentos, exames clínicos e de diagnóstico.	1,000	,781
Como avalia a satisfação em relação ao interesse mostrado pela situação pessoal.	1,000	,884
Como avalia a satisfação em relação à facilidade para contar os seus problemas.	1,000	,856
Como avalia a satisfação em relação à forma como foi envolvido nas decisões terapêuticas.	1,000	,822
Como avalia a satisfação em relação à forma confidencial como foi tratada a informação disponibilizada.	1,000	,861
Como avalia a satisfação em relação ao desempenho global do profissional de saúde.	1,000	,798
De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às salas de espera.	1,000	,602
De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação aos gabinetes de atendimento.	1,000	,763
De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação às casas de banho.	1,000	,564
De um modo geral como avalia a sua satisfação em relação ao acesso às instalações do complexo clínico	1,000	,766

Extraction Method: Principal Component Analysis.

APÊNDICE C

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
	1	13,541	64,483	64,483	13,541	64,483	64,483	8,253	39,299
2	1,711	8,150	72,632	1,711	8,150	72,632	4,792	22,820	62,119
3	1,185	5,643	78,275	1,185	5,643	78,275	3,393	16,157	78,275
4	,920	4,380	82,655						
5	,579	2,758	85,413						
6	,417	1,987	87,400						
7	,394	1,875	89,275						
8	,319	1,519	90,794						
9	,296	1,408	92,202						
10	,262	1,248	93,450						
11	,207	,984	94,433						
12	,198	,943	95,376						
13	,185	,880	96,257						
14	,174	,827	97,084						
15	,141	,674	97,758						
16	,132	,630	98,388						
17	,105	,501	98,889						
18	,084	,402	99,291						
19	,063	,299	99,590						
20	,048	,230	99,820						
21	,038	,180	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

