

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção  
Comportamental do Utente**  
Estudo de Caso num Hospital Privado

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Tiago Lage da Silva

Orientadora

Maria José de Matos Rainho



Vila Real, 2019



Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção  
Comportamental do Utente  
Estudo de Caso num Hospital Privado**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Tiago Lage da Silva**

**Orientadora**

**Prof<sup>a</sup> Doutora Maria José de Matos Rainho**

Composição do Júri:

Prof<sup>a</sup>. Doutora Carla Susana da Encarnação Marques

Prof. Doutor Carlos Duarte Coelho Peixeira Marques

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria José de Matos Rainho

Vila Real, 2019



Este trabalho foi elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



*À minha família.*



## **AGRADECIMENTOS**

Expresso aqui o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente para a concretização desta dissertação e que me acompanharam ao longo do meu trajeto académico.

Em primeiro, à minha orientadora Professora Doutora Maria José de Matos Rainho por toda a sua ajuda, disponibilidade e incentivo ao longo destes últimos dois anos.

De seguida, à direção do Hospital Particular de Viana do Castelo, em especial à Doutora Alexandra Araújo e ao Doutor José Araújo, pela permissão tão importante para a realização deste trabalho. Ainda a todos os utentes que aceitaram participar com o seu senso crítico na resposta ao questionário.

Aos meus pais pelo apoio incondicional.

Aos meus irmãos e cunhado que, pelas suas palavras, nunca deixaram de acreditar que eu seria capaz de alcançar este objetivo.

A todos, o meu sincero muito obrigado.



## RESUMO

A procura pelo bem-estar dos indivíduos remonta à década de 70, época em que as organizações entenderam que a manipulação dos ambientes poderia tornar-se num fator competitivo entre as organizações. O papel da hospitalidade tem recebido cada vez mais atenção devido ao facto de, nos últimos anos, os cuidados de saúde centralizados no paciente estarem a impulsionar este setor e, por isso, as instituições têm considerado aperfeiçoamentos aos seus ambientes e melhorias nos serviços.

O *healthscape* ou ambiente hospitalar, que envolve os diversos elementos tanto físicos como sociais, apresenta-se como um instrumento importante na esfera dos cuidados de saúde já que, uma vez bem utilizado e manuseado, influencia as reações dos seus utentes e consequentes comportamentos. Assim, essas instituições beneficiarão pela gestão dos aspetos que figuram o *healthscape*.

Este estudo pretende contribuir para a compreensão da importância que o *healthscape* desempenha, quer na satisfação dos seus utentes quer nas intenções de regressar e recomendar a unidade de saúde. Para tal, optou-se por um inquérito por questionário entregue em mão aos utentes/acompanhantes do Hospital Particular de Viana do Castelo, numa amostra de 402 indivíduos.

Os resultados obtidos mostraram que apenas as dimensões “ambiente”, “higiene e limpeza” e “sinalização” (*healthscape* físico) e “serviços médicos” (*healthscape* social) se apresentaram significativas na perceção do utente ao *healthscape*. Quanto ao impacto na satisfação do utente, apenas o *healthscape* social (“serviços do staff” e “serviços médicos”) se mostrou significativo. Por fim, o estudo confirmou uma relação positiva significativa entre a perceção do utente ao *healthscape*, a sua satisfação e intenções futuras de regressar e recomendar.

**Palavras-chave:** *healthscape*, *servicescape*, perceção, satisfação, intenções futuras, hospital privado.



## ABSTRACT

The demand for the well-being of individuals dates back to the 70, when organizations understood that the manipulation of environments could become a competitive factor among organizations. The role of hospitality has received more attention due to the fact that, in recent years, the patient-centered care is driving this sector and therefore the institutions have considered improvements to their environments and services.

The *healthscape* or hospital environment, which involves the various elements both physical and social, presents itself as an important instrument in the sphere of health care since, once well used and handled, influences the reactions of its users and consequent behaviors. Thus, these institutions will benefit from the management of the *healthscape*.

This project intends to contribute to the understanding of the importance *healthscape* It plays, either in the satisfaction of its users or in the intentions of returning and recommending the health unit. For this, a questionnaire survey was chosen delivered by hand to the patients/companions of the Hospital Particular de Viana do Castelo, resulting in a sample of 402 individuals.

The results showed that only “environment”, “hygiene and cleanliness” and “signaling” dimensions (physical *healthscape*) and "medical services" (social *healthscape*) proved to be significant in the patient Healthscape perception. In relation to the patient satisfaction, only the social *healthscape* (“staff services” and "physicians services") proved to be significant. Finally, the study confirmed a significative positive relationship between the patient's perception to *healthscape*, patient satisfaction and patients' future intentions (return and recommend).

**Key words:** *healthscape*, *servicescape*, perception, satisfaction, future intentions, private hospital.



## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>iii.</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>v.</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>vii.</b>
 <b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b>	
<b>1.1. Pertinência do estudo</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2. Objetivos do estudo</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3. Metodologia de estudo</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4. Estrutura do estudo</b> .....	<b>4</b>
 <b>CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>2.1. <i>Servicescape e Healthscape</i></b> .....	<b>6</b>
2.1.1. <i>Servicescape</i> .....	6
2.1.2. <i>Healthscape</i> .....	8
<b>2.2. Dimensões do <i>Servicescape</i></b> .....	<b>9</b>
2.2.1. Dimensão Ambiental.....	9
2.2.1.1. Conforto Térmico.....	10
2.2.1.2. Conforto Visual.....	11
2.2.1.3. Conforto Acústico.....	14
2.2.1.4. Conforto Olfativo.....	14
2.2.2. Dimensão Espacial.....	15
2.2.2.1. <i>Layout</i> .....	15
2.2.2.2. Fluxos, Sinalização e <i>Wayfinding</i> .....	18
2.2.3. Dimensão Social.....	24
<b>2.3. Satisfação e Intenção Comportamental</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4. Modelos do <i>Servicescape</i></b> .....	<b>29</b>
2.4.1. Modelo de Baker.....	30
2.4.2. Modelo de Bitner.....	31
2.4.3. Modelo de Wagner.....	32
2.4.4. Modelo Empírico de Tomb e McColl-Kennedy.....	33

**CAPÍTULO III – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

<b>3.1. Tipo de estudo</b> .....	<b>38</b>
<b>3.2. Objetivos do estudo</b> .....	<b>38</b>
<b>3.3. Modelo e hipóteses da investigação</b> .....	<b>39</b>
<b>3.4. Questionário</b> .....	<b>42</b>
<b>3.5. Definição da amostra</b> .....	<b>44</b>
<b>3.6. Recolha dos dados</b> .....	<b>45</b>
<b>3.7. Análise dos dados</b> .....	<b>46</b>

**CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

<b>4.1. Caracterização da amostra</b> .....	<b>48</b>
<b>4.2. Análise das variáveis</b> .....	<b>50</b>
4.2.1. Normalidade.....	50
4.2.2. Valores extremos.....	52
<b>4.3. Modelo de medida</b> .....	<b>54</b>
<b>4.4. Modelo estrutural</b> .....	<b>65</b>
<b>4.5. Discussão dos resultados do modelo e das hipóteses</b> .....	<b>68</b>

**CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

<b>5.1. Principais conclusões</b> .....	<b>74</b>
<b>5.2. Limitações e sugestões para investigação futura</b> .....	<b>77</b>

**BIBLIOGRAFIA**..... **79**

**APÊNDICES**

<b>Apêndice A</b> Questionário.....	<b>86</b>
<b>Apêndice B</b> Termo de responsabilidade para o tratamento de dados.....	<b>89</b>
<b>Apêndice C</b> Pedido de submissão à CES.....	<b>90</b>
<b>Apêndice D</b> Consentimento informado.....	<b>91</b>
<b>Apêndice E</b> Declaração da base de dados.....	<b>92</b>
<b>Apêndice F</b> Pedido de autorização aos sócios.....	<b>93</b>
<b>Apêndice G</b> Parecer favorável dos sócios.....	<b>94</b>

---

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 2.1</b> – Dimensões do <i>Servicescape</i> .....	7
<b>Figura 2.2</b> – Arranjos cromáticos e os seus efeitos psicológicos.....	13
<b>Figura 2.3</b> – Tipos de <i>layout</i> .....	17
<b>Figura 2.4</b> – Tipos de fluxos.....	18
<b>Figura 2.5</b> – Consequências de um <i>wayfinding</i> deficiente.....	21
<b>Figura 2.6</b> – Modelo do Índice de Satisfação do Consumidor.....	26
<b>Figura 2.7</b> – Modelos do <i>Servicescape</i> .....	29
<b>Figura 2.8</b> – Esquema-resumo do modelo dos <i>Servicescape</i> de Baker.....	30
<b>Figura 2.9</b> – Modelos dos <i>Servicescapes</i> de Bitner.....	31
<b>Figura 2.10</b> – Modelo dos <i>Servicescapes</i> de Wagner.....	33
<b>Figura 2.11</b> – Modelo empírico dos <i>Servicescapes</i> de Tomb e McColl-Kennedy.....	35
<b>Figura 3.1</b> – Modelo de investigação.....	39
<b>Figura 3.2</b> – Questionários entregues diariamente.....	45
<b>Figura 4.1</b> – Pesos fatoriais, fiabilidades individuais de cada item em cada fator e correlações entre fatores do modelo de medida.....	55
<b>Figura 4.2</b> – Pesos fatoriais, fiabilidades individuais de cada item em cada fator e correlações entre fatores do modelo de medida modificado.....	57
<b>Figura 4.3</b> – Pesos fatoriais e fiabilidades individuais de cada item em cada fator do modelo estrutural.....	66
<b>Figura 4.4</b> – Validade das hipóteses do modelo.....	71
<b>Figura 4.5</b> – Modelo estrutural final com as trajetórias e estimativas correspondentes.....	71



---

**ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 2.1</b> – Conforto ambiental através dos 5 sentidos.....	10
<b>Tabela 2.2</b> – Categorias do conforto ambiental.....	10
<b>Tabela 2.3</b> – Características de um sistema de sinalização eficiente.....	20
<b>Tabela 2.4</b> – <i>Wayfinding</i> arquitetural e gráfico.....	22
<b>Tabela 2.5</b> – Características para um sistema de <i>wayfinding</i> .....	23
<b>Tabela 3.1</b> – <i>Constructos</i> e itens do questionário.....	43
<b>Tabela 4.1</b> – Gênero do sujeito.....	48
<b>Tabela 4.2</b> – Faixa etária do sujeito.....	49
<b>Tabela 4.3</b> – Escolaridade do sujeito.....	49
<b>Tabela 4.4</b> – Tempo na Instituição.....	50
<b>Tabela 4.5</b> – Limitação físicas.....	50
<b>Tabela 4.6</b> – Avaliação de normalidade.....	51
<b>Tabela 4.7</b> – Distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ).....	53
<b>Tabela 4.8</b> – Valores das medidas de ajustamento para a amostra de validação.....	58
<b>Tabela 4.9</b> – Fiabilidade e validade convergente do modelo de medida.....	61
<b>Tabela 4.10</b> – Validade discriminante do modelo de medida.....	62
<b>Tabela 4.11</b> – Estimativas do modelo estrutural.....	67



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AMOS</b>	Analysis of Moments Structures
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>FC</b>	Fiabilidade Compósita
<b>HPVC</b>	Hospital Particular de Viana do Castelo
<b>SPSS</b>	Statistical Package of Social Science 24.0
<b>VEM</b>	Variância Extraída Média



# Capítulo I

## Introdução

[1.1] Pertinência do estudo

[1.2] Objetivos do estudo

[1.3] Metodologia de estudo

[1.4] Estrutura do estudo

## 1.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo, tratando-se de uma nota introdutória à investigação, serão descritos a pertinência da problemática, o objetivo principal e a metodologia que será aplicada. Ainda ficará registada a estrutura geral desta investigação.

### 1.1. Pertinência do estudo

A importância do ambiente dos espaços onde os serviços são prestados foi reconhecida já na década de 70, salientando-se que os mesmos se tornariam num fator competitivo entre as organizações. Um hospital, que se apresenta como uma organização prestadora de serviços de saúde, existe para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde dos seus utentes e, no sentido de um melhor desempenho das suas atividades, cada vez mais estes estabelecimentos são vistos e geridos como empresas (Afonso, 2012).

O reconhecimento do “paciente como cliente” fez com que as organizações de saúde oferecessem uma variedade de abordagens de pesquisa em *marketing* e qualidade de serviços, assim como uma perspetiva dos seus *designs* (Lee, 2011). Posto isto, a qualidade e os custos da atenção, satisfação do cliente e eficiência operacional têm sido as principais prioridades da maioria dessas organizações (Víturi & Évora, 2015).

Hutton e Richardson (1995) apontaram o *healthscape* (isto é, todo o ambiente hospitalar onde são prestados os serviços de saúde) como um mecanismo importante que permite influenciar o comportamento dos utentes, a sua satisfação, a qualidade percebida e ainda as intenções comportamentais daí resultantes. Autores como Cadirci e Akmaz (2017) indicam que a satisfação dos utentes é proveniente da perceção que estes têm dos *healthscape* nos seus vários aspetos, físicos e sociais.

Mais recentemente, o foco centrado no tratamento dos pacientes resultou numa nova geração de estabelecimentos de saúde, muito diferente dos modelos institucionais mais tradicionais: aqueles que têm ambientes físicos mais confortáveis, seguros e centrados nos pacientes serão melhor avaliados do que aqueles que não possuem esses critérios (Suess & Mody, 2011). Entender as respostas do consumidor ao *healthscape* é essencial na esfera dos cuidados de saúde, já que a maioria dos aspetos da prestação dos serviços, desempenhados tanto pelos profissionais de saúde como pelo *staff*, refletem em aspetos

simbólicos para o utente, acabando por desempenhar um papel significativo no processo de tomada de decisão do indivíduo no presente e no futuro (Sahoo & Mitra, 2016).

Devido ao escasso volume de estudos orientados para a análise do impacto das várias dimensões que caracterizam o *healthscape* na satisfação dos utentes, nas instituições em Portugal, pretende-se contrariar esse paradigma com uma investigação usando como exemplo e alvo uma instituição privada do norte do país, fomentada pela leitura de estudos teóricos e empíricos desenvolvidos por autores oriundos de outros países.

### **1.2. Objetivos do estudo**

Face ao exposto, o principal objetivo desta investigação, fundamentado pela literatura científica, consiste em demonstrar a pertinência e a importância dos ambientes onde são prestados os serviços de saúde (o *healthscape*), assim como o seu impacto na satisfação e intenção comportamental dos utentes.

Os objetivos específicos deste estudo são os seguintes:

- Avaliar a perceção do utente perante as diferentes dimensões que constituem o *healthscape*;
- Avaliar o conseqüente impacto da perceção do utente na sua satisfação;
- Averiguar se essa satisfação produz intenções comportamentais positivas.

### **1.3. Metodologia de estudo**

Quanto à metodologia da investigação, optou-se por um estudo descritivo, transversal, correlacional e que utiliza o método quantitativo. Optou-se pelo inquérito por questionário como método de recolha de dados, que teve como ponto de partida a definição dos objetivos do estudo, a caracterização do estudo e a seleção do modelo e hipóteses. Os 424 utentes que fazem parte da amostra foram selecionados de uma população constituída por todos aqueles (pacientes, acompanhantes e visitantes) que passaram pelo Hospital Particular de Viana do Castelo no período compreendido entre 21 de Maio e 8 de Junho de 2018. Desses 424 questionários, 402 foram considerados válidos.

## **1.4. Estrutura do estudo**

A estrutura deste estudo é definida por cinco capítulos. O primeiro, já citado, é relacionado com o enquadramento do tema, a importância da humanização no setor da saúde e o objetivo principal da investigação. O segundo capítulo é orientado para o enquadramento teórico, no qual serão descritos os vários aspetos que caracterizam os ambientes dos serviços (*servicescape*) no contexto hospitalar (*healthscape*) e os modelos desenvolvidos em estudos anteriores. O terceiro é destinado à metodologia do estudo. Neste será apresentado todo o processo que envolve a criação das hipóteses e a elaboração do instrumento da recolha de dados, e ainda os procedimentos a ter para a análise dos dados. O módulo seguinte será inteiramente reservado para a interpretação e análise quantitativa dos dados. Por fim, no último capítulo ficarão registadas as principais conclusões, a validade das hipóteses, o contributo teórico e prático da investigação, e ainda a apresentação das limitações do estudo. Ainda serão indicadas sugestões de linhas de investigação futuras.

# Capítulo II

## Enquadramento Teórico

[2.1] *Servicescape e Healthscape*

[2.2] *Dimensões do Servicescape*

[2.3] *Satisfação e Intenção Comportamental*

[2.4] *Modelos do Servicescape*

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será abordada a literatura de suporte à investigação. Em primeiro plano procurar-se-á efetuar a distinção entre os conceitos *servicescape* e *healthscape*, ambos principais neste estudo. De seguida, serão apresentadas as dimensões do *servicescape* e os diferentes modelos teóricos de alguns autores que exploraram esta temática.

### 2.1. *Servicescape* e *Healthscape*

#### 2.1.1. *Servicescape*

*Servicescape* é um termo amplamente utilizado para descrever um ambiente físico de uma organização de serviços, onde estão incluídos elementos como o *design* exterior e interior, as condições ambientais e partes tangíveis do serviço (e.g. materiais de comunicação) (Reimer & Kuehn, 2004). Para Bitner (1992), os *servicescapes* podem ser retratados como todo o ambiente construído, tendo também em consideração a atmosfera do mesmo, isto é, o conjunto de todas as dimensões que caracterizam o espaço envolvente: as ambientais, as espaciais e os fluxos e sinalética.

A importância do ambiente dos espaços onde os serviços são prestados foi reconhecida já na década de 70, salientando-se que os mesmos se tornariam num fator competitivo entre as organizações. No caso dos serviços de saúde, é provável que os pacientes insatisfeitos (derivado da sua avaliação crítica) rebaixem ou degradem não só a instituição como também o tratamento a que foi sujeito (Kotler, 1987).

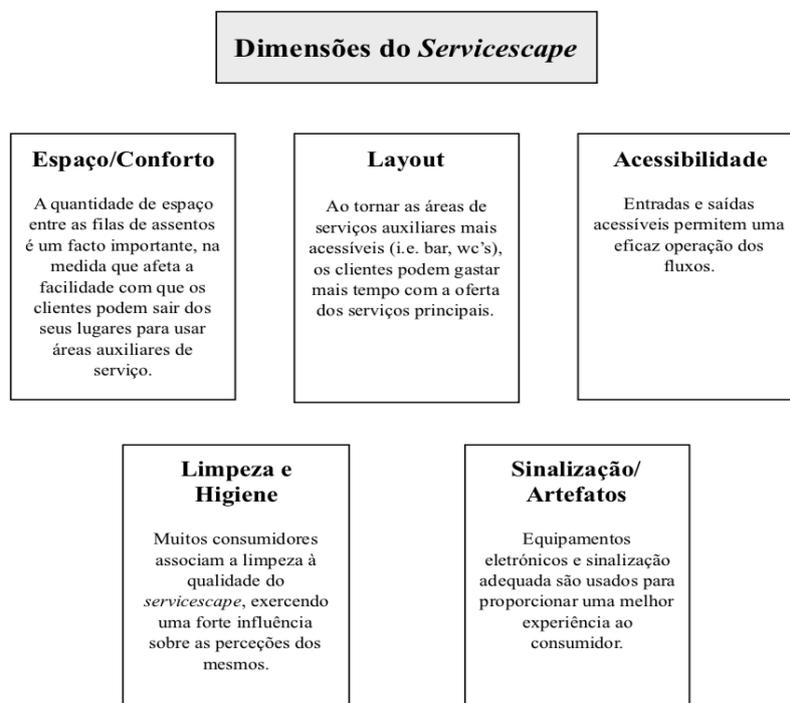
Esta ferramenta, potencial para a diferenciação, permite que as empresas se reposicionem no mercado através de mensagens atraentes e positivas em novos mercados para captar mais partilha, lucro e clientes (Andreu, Bigné, Chumpitaz & Swaen, 2006).

Embora este termo seja provavelmente o mais utilizado para expor a influência dos elementos (tangíveis e intangíveis) nos consumidores, outras três definições, refletidas na natureza eclética da literatura, foram usadas nas últimas décadas dedicadas à exploração e desenvolvimento conceptual (Harris & Ezech, 2008). São elas:

- 1) “*Atmosfera*” – realça o *design* consciente como pilar para despertar efeitos emocionais nos consumidores através de estímulos ambientais (Kotler, 1973);
- 2) “*psicologia ambiental*” – evidencia as relações entre o Homem e os seus ambientes construídos, nos quais os indivíduos reagem com duas formas gerais e opostas de comportamento: aproximação e evasão (Mehrabian & Russell, 1974);
- 3) “*ambiente de estabelecimento*” - é adotada uma abordagem mais abrangente para a análise do meio envolvente, incluindo múltiplos estímulos ambientais (Baker, 1986).

Kotler (1973) identifica quatro canais sensoriais da atmosfera de um serviço: a visual (cujas dimensões são a cor, o brilho, o tamanho e a forma), a auricular (referente ao volume), o olfativo (no qual remete-nos para o aroma) e o tato (onde estão embutidas a temperatura e a suavidade).

Wakefield e Blodgett (1996) apresentam, baseando-se nas três dimensões de Bitner (1992) – ambiental, espacial e sinalização - cinco grandezas do *servicescape*: o espaço, o *layout*, a acessibilidade, a sinalização/artefactos e a limpeza e higiene (Figura 2.1).



**FIGURA 2.1** - Dimensões do *Servicescape*

Fonte: Adaptado de Wakefield e Blodgett (1996)

### 2.1.2. *Healthscape*

O reconhecimento do “paciente como cliente” fez com que as organizações de saúde oferecessem uma variedade de abordagens de pesquisa em marketing e qualidade de serviços, assim como uma perspectiva dos seus *designs* (Lee, 2011).

O foco centrado no tratamento dos pacientes resultou numa nova geração de estabelecimentos de saúde, muito diferente dos modelos institucionais mais tradicionais: aqueles que têm ambientes físicos mais confortáveis, seguros e centrados nos pacientes serão melhor avaliados do que os que não possuem esses critérios (Suess & Mody, 2011). As pesquisas subjacentes ao *design* baseado em evidências tornaram-se instrumentos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e permitiram descobrir que as configurações físicas bem planeadas desempenham um papel importante na melhora dos hospitais e tratamento dos utentes, assim como melhores espaços para o *staff* desempenhar as suas tarefas (Malkin, 2003; Ulrich, et al, 2008).

O *healthscape* é um termo que, à semelhança do que foi referido anteriormente e tendo sido restringido para a esfera dos cuidados de saúde por Hutton e Richardson (1995), é caracterizado como a influência dos ambientes físicos hospitalares (tangíveis) e dos estímulos ambientais (intangíveis) no utente e nos prestadores dos serviços nas suas perceções (cognitiva, afetiva, emocional e fisiológica) e nos seus comportamentos/intenções. É, por isso, reconhecido como um meio importante pelo qual os objetivos de *marketing* e da organização podem ser alcançados, tanto para os funcionários como para os utentes.

Conclui-se assim que o termo *healthscape* pode ser equiparado ao conceito *servicescape* (anteriormente citado), porém no contexto dos serviços de saúde, contemplando de igual forma os elementos tangíveis e intangíveis e a sua influência no comportamento dos indivíduos (utentes e funcionários).

## **2.2. Dimensões do *Servicescape***

### **2.2.1. Dimensão Ambiental**

Uma vez que existe uma preocupação em tornar a arquitetura hospitalar adequada aos avanços tecnológicos da medicina, o cumprimento de normas (que procuram a regulamentação para garantir a qualidade dos ambientes projetados), a complexidade e flexibilidade exigidas do projeto e o alto custo das instalações, leva muitas vezes o arquiteto a se esquecer ou a não dar a devida importância aos princípios ambientais que o projeto deveria acompanhar (Sampaio, 2005). Segundo o mesmo autor, um ambiente hospitalar humano deve ser confortável, transmitir bem-estar e propiciar um padrão satisfatório de qualidade para todos os seus utilizadores, sem discriminação.

Este conceito tem vindo a emergir com intensidade, atingindo todas as áreas da arquitetura, especialmente quando se trata da assistência hospitalar (R. R. B. Lima, E. A. Lima & Braga, 2015).

Recentemente, muito se tem falado e discutido sobre a problemática da humanização nos ambientes hospitalares, relacionado com o conforto e a qualidade dos mesmos. Conforto e qualidade, no que toca a um ambiente hospitalar, estão relacionados a fatores diversos - satisfação das necessidades tecnológicas na medicina, satisfação dos pacientes, satisfação dos colaboradores e satisfação dos administradores (Sampaio & Chagas, 2010) -, fatores esses que contribuem para a sensação de bem-estar físico e mental no ambiente criado pelo arquiteto (Koenigsberger, Ingersoll, Mayhew, Szokolav & Ros, 1977).

Segundo Corbella (2003) uma pessoa encontra-se confortável quando observa ou sente um acontecimento sem preocupação ou incômodo, ou quando está num ambiente físico sentindo uma neutralidade em relação a ele.

Moura George (2013a) salienta pelo seu documento-orientação nº021/2013 de 31/12/2013 da Direção Geral da Saúde (DGS) que são considerados os cinco sentidos como principais meios para que as pessoas se sintam confortáveis num ambiente (Tabela 2.1).

**TABELA 2.1 - Conforto ambiental através dos 5 sentidos**

<b>5 Sentidos</b>	<b>Conforto ambiental</b>
<b>Visão</b>	Cores, iluminação, imagens
<b>Audição</b>	Som ambiente, níveis de ruído
<b>Tato</b>	Temperatura, humidade, texturas materiais
<b>Olfato</b>	Qualidade do ar, aromas
<b>Paladar</b>	Bebedouros, venda de alimentos

Fonte: Adaptado de Moura George (2013a)

Não obstante, Sampaio e Chagas (2010) referem que conforto ambiental se divide em quatro categorias: conforto térmico, conforto visual, conforto acústico e conforto olfativo (Tabela 2.2).

**TABELA 2.2 - Categorias do conforto ambiental**

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
<b>Conforto térmico</b>	Sensações de bem-estar em relação à temperatura, humidade relativa e movimento do ar, radiação solar e radiação infravermelha.
<b>Conforto visual</b>	Sensações de bem-estar em relação a ver bem, ter uma quantidade de luz satisfatória e que possibilite a realização de uma tarefa visual confortável.
<b>Conforto acústico</b>	Sensações de bem-estar quando não existem obstáculos que interfiram na capacidade de ouvir satisfatoriamente o som desejado.
<b>Conforto olfativo</b>	Sensações de bem-estar em relação aos odores existentes no ambiente.

Fonte: Adaptado de Sampaio e Chagas (2010)

### **2.2.1.1. Conforto Térmico**

O ambiente hospitalar é um exemplo da heterogeneidade quando se fala em condições térmicas no local de trabalho (Carvalhais, Santos, Lourenço, Teixeira & Batista, 2011), por isso, é importante que o ambiente térmico seja apropriado ao nosso corpo, mediante os tipos de trabalho realizados e a carga física colocada sobre o indivíduo (Fonseca, 1996).

O conforto térmico é descrito como a “*condição da mente que expressa satisfação com o ambiente térmico*” (Lamberts, 2011, p. 4) ou a sensação de neutralidade térmica vivida pelo Homem num determinado ambiente (Vergara, 2001). Assim, este conceito

remete-nos para a satisfação psicofisiológica de um indivíduo mediante as condições térmicas do ambiente (Sampaio & Chagas, 2010), conforto esse que depende de complexos parâmetros relacionados com os processos de troca de calor entre a edificação e o ambiente externo (Kowaltowski, Labaki, Pina & Bertolli, 1998).

O bem-estar térmico e a qualidade do ar em estabelecimentos de saúde requerem um determinado controlo diferenciado para os ambientes, em função dos grupos populacionais que os frequentam, das atividades aí praticadas e das características dos seus equipamentos (Alves, 2011).

O conforto térmico, segundo Corbella (2003) está relacionado diretamente com os princípios bioclimáticos, cujas principais estratégias são: controlar o acúmulo de calor; procurar dissipar a energia térmica do ambiente; retirar toda a humidade em excesso, promovendo o movimento e troca do ar.

### **2.2.1.2. Conforto Visual**

Tem como objetivo minimizar e evitar confusão espacial e fadiga visual, obstáculos esses que geram de algum modo desconforto emocional e prejudicam o desempenho de tarefas (Rangel, 2011).

Em relação ao conforto visual, para além da quantidade da luz ter de ser adequada para que a execução de tarefas visuais aconteça de maneira satisfatória, é essencial que não haja ofuscamento nem grandes contrastes, de modo a não produzir desconforto nem cansaço visual (Sampaio, 2005), assim como tensões psíquicas e fisiológicas, que se traduzem através de sinais e sintomas como dificuldade de concentração na execução das tarefas, *stress*, dores de cabeça, fadiga física e nervosa, levando por fim ao absentismo (Pais, 2011).

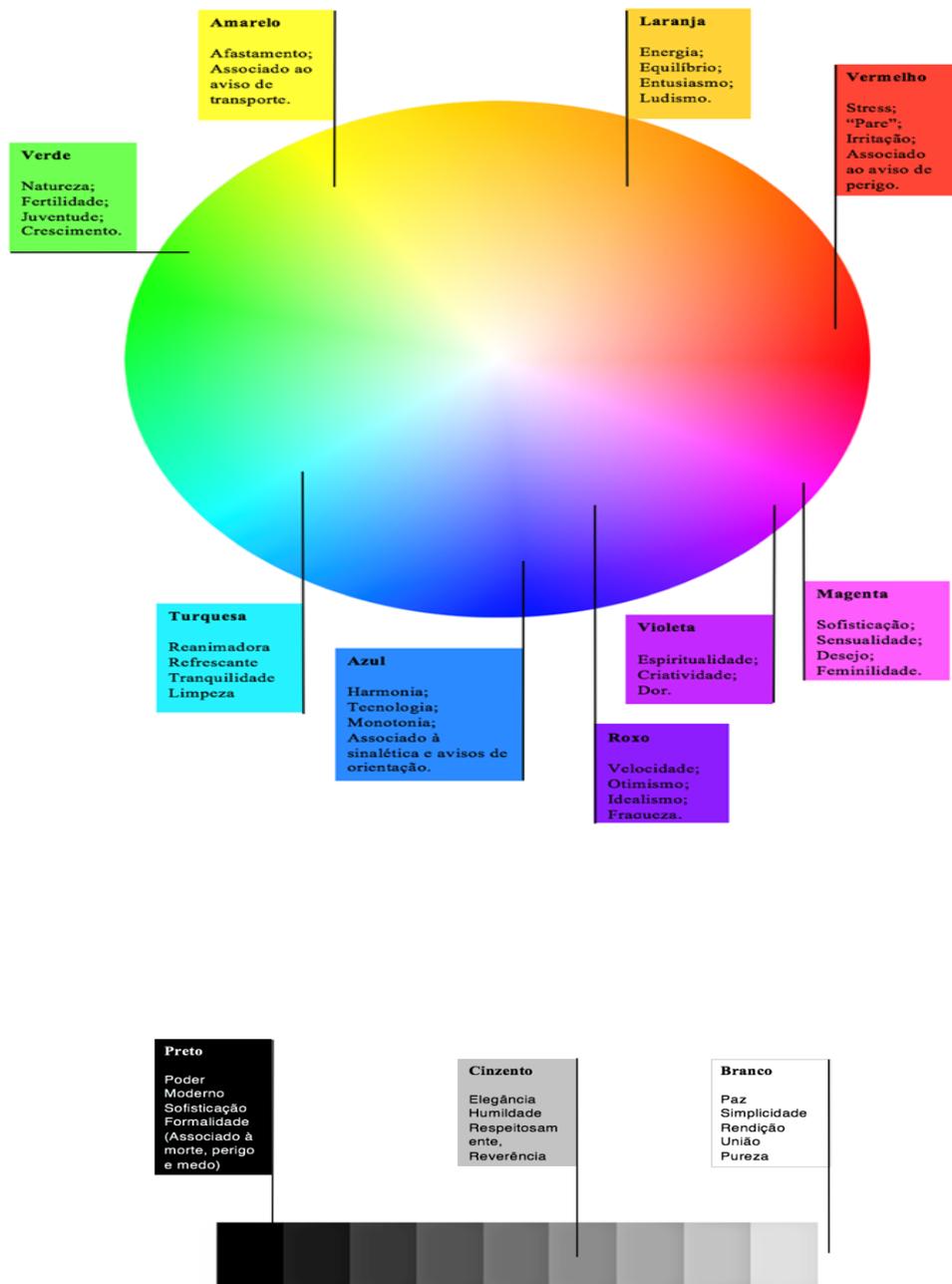
Segundo Robbins (1986), a presença de luz natural num determinado ambiente proporciona modificações dinâmicas no espaço, uma vez que ao longo do dia existe alteração da sua cor, contraste e intensidade, sendo várias as vantagens da iluminação natural sobre a artificial: qualidade da luz; comunicação exterior/interior; conservação de energia; e benefício físico e psicológico.

### **A Cor**

Tanto a iluminação como o projeto cromático são fatores ambientais que têm como principal objetivo promover conforto visual e segurança (Rangel, 2011). O ser humano consegue facilmente, através da sua natureza, adaptar-se às mais diversas situações ambientais. Contudo, em muitos hospitais, o que acontece é uma facilitação tanto dos funcionários como dos pacientes nas suas deslocações pelas instalações, mesmo não recorrendo ao auxílio das cores, provocando em alguns casos queda na produtividade (Cunha, 2004). Assim, a definição do projeto cromático deve ter em conta as seguintes estratégias: destacar certos elementos em detrimento de outros, chamar a atenção para entradas e saídas, criar áreas de maior brilho em ambientes limitados, estabelecer planos de profundidade e criar zonas funcionais (Rangel, 2011).

Destacar entradas principais e portas de acesso a determinadas áreas é um procedimento bastante comum em ambientes institucionais. Apesar de ser uma medida válida, deve-se calcular o peso visual desses destaques para não chamar atenção demais para um ponto em detrimento de outro não menos importante. Estudos sobre a forma como as cores intervêm nas emoções das pessoas têm sido desenvolvimentos intensamente na área do design gráfico, mais direcionado para a publicidade, logótipos, campanhas, entre outros. No entanto, estes estudos recaem também na arquitetura: no caso das instalações hospitalares, devem ser selecionadas cores de acordo com cada tipo de valências em cada serviço, conforme necessitem de mais dinamismo, vitalidade, tranquilidade, etc. Assim, através das cores e imagens escolhidas, pode-se beneficiar o conforto e recuperação dos doentes (Moura George, 2013b).

Na área da saúde a aplicação das cores deve ser adequada para transmitir a sensação de maior conforto para o paciente, acompanhantes e profissionais (N. B. Boccanera, S. F. B. Boccanera & Barbosa, 2006) (Figura 2.2).



**FIGURA 2.2** - Arranjos cromáticos e os seus efeitos psicológicos

Fonte: Adaptado de Beck, Lisboa Filho, M. D. G. Lisboa e R. L. Lisboa (2007), Cunha (2004) e Goldman (1964)

### **2.2.1.3. Conforto Acústico**

O silêncio deve ser uma prioridade nos hospitais, contudo o que vemos é o oposto, onde o ruído prevalece e em muitas situações apresenta níveis prejudiciais de pressão sonora para a saúde (Costa, de Lacerda & Marques, 2013). O conforto acústico está relacionado com a qualidade do som produzido no ambiente, isto é, deve ser satisfatoriamente audível pelos indivíduos presentes no espaço, sem a interferência de ruídos que incomodem os mesmos (Sampaio & Chagas, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde o ruído pode interferir com o trabalho, o descanso, o sono e a comunicação entre as pessoas, assim como causar reações psicológicas, fisiológicas e, simultaneamente, patológicas. Por isso, Goés (2011) indica quatro fatores que conjecturam as condições de conforto acústico: localização/orientação do edifício em relação às fontes externas de ruído; isolamento das paredes e características acústicas dos materiais; dimensão e posição das aberturas; e redução das fontes internas de produção de ruídos.

Em estabelecimentos de saúde, os pacientes geralmente encontram-se com uma sensibilidade acústica e sistema de alerta mais apuradas, sendo importante por isso compreender a percepção humana do som para a projeção do edifício (R. R. B. Lima et al. 2015).

As atividades ruidosas podem ficar em locais onde existam fontes ruidosas, enquanto as atividades que necessitem de silêncio devem se situar nas áreas tranquilas dos edifícios. É importante frisar que os ambientes de permanência rápida e transitória (como recepção corredores, passagens) podem ser usados como espaços intermédios, funcionando como amortecedores de ruídos se colocados estrategicamente, ou seja, entre espaços ruidosos e os que necessitam de silêncio (Sampaio, 2005).

### **2.2.1.4. Conforto Olfativo**

O “cheiro no hospital” é reconhecido e indicativo de qualidade na saúde (Erdmann, 1996). As percepções e sensações olfativas têm pertinência e significado como fenómeno embutido na prática da enfermagem, especialmente pela sua diversidade no ambiente hospitalar (Wosny, Erdmann, Belli Filho & Leite, 2008).

As pessoas podem sentir inúmeros odores desagradáveis em ambientes hospitalares, dependendo das condições médicas dos pacientes próximos bem como odores químicos.

Assim, uma condição para um ótimo ambiente físico hospitalar será a redução dos odores desagradáveis (Shida, Yamakawa, Konno, Toyogushi & Shiraishi, 2011).

Estudos demonstram que, em geral, as percepções negativas das equipas de enfermagem sobre os seus ambientes de trabalho não tiveram efeito sobre a satisfação no trabalho. Porém, ficou registada uma relação entre alguns aspetos (nomeadamente a percepção da qualidade do ar) dos ambientes em causa e erros na medicação. Assim sendo, para reduzir estes erros, a qualidade do ar (elemento vital da saúde dos colaboradores) deve ser ajustada para o bom desempenho das tarefas (Horiguchi, Shudo, Sato, Nakamura, Sai & Ohinata, 2015).

### **2.2.2. Dimensão Espacial**

Uma pessoa encontra-se confortável num ambiente quando se sente neutro em relação a este. No caso dos espaços hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para a neutralidade através da criação de espaços mais humanizados, aliada aos avanços tecnológicos (Corbella, 2003).

Os hospitais são espaços que se destinam, na generalidade, ao atendimento de pacientes de urgência ou para doentes crónicos. Enquanto antigamente os hospitais eram considerados como centros médico-jurídicos, a tendência atual encaminha-se para a humanização das instalações - os hospitais modernos apresentam um carácter de hotel. Os hospitais, em geral, organizam-se em setores de atendimento, exames e tratamento, fornecimento de produtos e coleta de material utilizado/resíduos, administração e instalações técnicas (E. Neufert & P. Neufert, 2004).

#### **2.2.2.1. Layout**

O *layout*, ou desenho físico do setor de produção de uma organização, pode ser definido como “a localização e a distribuição espacial dos recursos produtivos, como máquinas, equipamentos, pessoas e instalações” (Silva & Rentes, 2012, p. 531), de modo a proporcionar maior funcionalidade do processo produtivo e otimização do ambiente de trabalho (Rocha, 1995).

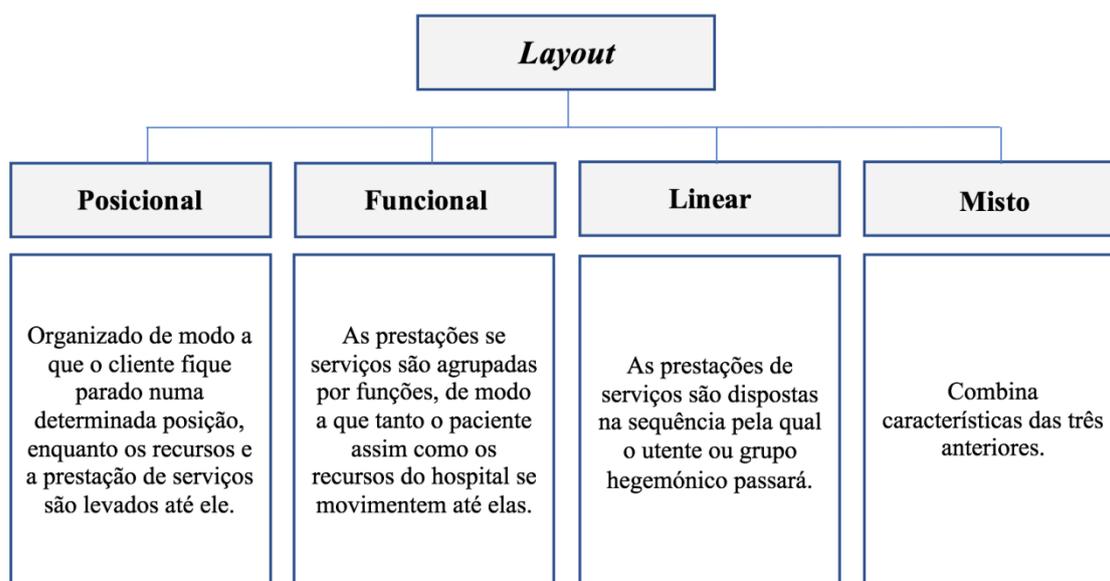
O *layout* tem implicações tanto práticas como estratégicas. Alterar um espaço físico pode afetar uma organização, mas também encontrar as prioridades competitivas para melhorar a comunicação e a moral dos colaboradores, reduzir os riscos eminentes de acidentes e outras fatalidades, aumentar a eficiência de utilização de mão-de-obra e dos equipamentos e a conveniência dos utentes, e ainda facilitar o fluxo de materiais e de informações (Trein, 2001).

O projeto de um *layout* envolve um planeamento e integração de caminhos dos componentes de um produto ou serviço, de forma a obter um relacionamento mais eficiente e económico entre pessoas, equipamentos e materiais que se deslocam (Tompkins et al, 1996). De modo a se propor a modificar ou adequar o *layout* de uma instalação podem ser realizadas algumas ações, como por exemplo a verificação da utilização dos equipamentos, o aumento da qualidade, a redução de stocks, o aperfeiçoamento do processo produtivo ou o aumento da segurança e da saúde dos colaboradores (Tompkins et al, 1996).

A prestação dos cuidados de saúde é, na atualidade, uma área de grande complexidade e em constante transição por se tratar de um sistema sociotécnico onde interagem múltiplos “atores” (profissionais de saúde e outros, doentes e acompanhantes) e, tanto nos hospitais como noutras unidades de saúde, *“surge a necessidade de uma gestão estratégica baseada em indicadores há muito utilizados na gestão de operações, designadamente os fluxos de mercadorias, a cadeia de valor acrescentado, os processos “just-in-time”, a simulação matemática de processos e outros aspetos associados ao “layout” físico das estruturas de prestação de cuidados de saúde”* (Serranheira, Uva & Sousa, 2010, p.60).

A definição do *layout* deve ter como objetivo a racionalização dos fluxos, quer sejam de materiais, quer sejam de recursos humanos, quer sejam também de utentes. Para definir o *layout* de uma determinada unidade de prestação de cuidados de saúde com base em critérios (nomeadamente a minimização da distância percorrida pelos utentes pela unidade e da distância percorrida pelos seus recursos humanos – enfermeiros, pessoal administrativo, equipa de limpeza, etc.) é necessário reunir informações, como as dimensões dos serviços e áreas, as dimensões e configuração do espaço disponível e, ainda, o número de deslocações entre os vários serviços e áreas de ambas as partes (Carvalho et al, 2013). Segundo Vega, Spiegel e Caulliraux (2013) a forma como os

espaços físicos estão colocados numa instalação de serviços é essencial para que os fluxos de clientes e materiais se realizem sem cruzamentos indesejados e de forma a minimizar o total de transporte não produtivo, havendo quatro tipos de *layout* distintos: *posicional*, *funcional*, *linear* e *misto* (Figura 2.3).



**FIGURA 2.3** - Tipos de *layout*

Fonte: Adaptado de Vega, Spiegel & Caulliraux (2013)

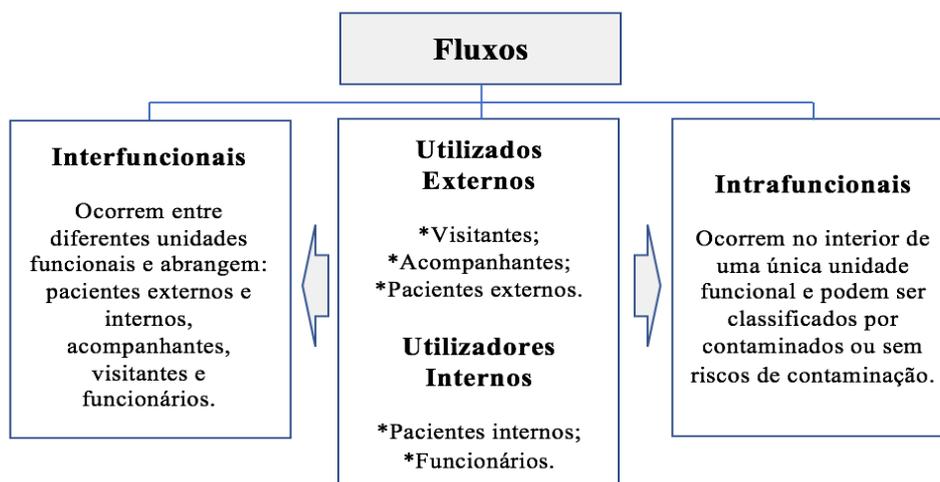
O tipo de *layout* mais adequado às unidades de saúde é o *funcional*, devido à existência de áreas destinadas a serviços específicos (e.g. área de emergência para adultos, área de exames, área de fisioterapia, área de administração) e ordem de atendimento muito variada (e.g. balcões destinados para diferentes serviços – marcação de consultas, levantamento de análises). Ou seja, as unidades de prestação de serviços de saúde apresentam um *layout* organizado por funções, uma vez que os equipamentos e recursos humanos com competências similares estão agrupados e localizados na mesma área: o utente desloca-se de área em área, consoante a sequência necessária para a prestação dos cuidados de saúde em causa (Carvalho et al, 2013).

### 2.2.2.2. Fluxos, Sinalização e *Wayfinding*

#### Os Fluxos

Um fluxo é entendido como o deslocamento de um conjunto de pessoas ou coisas numa determinada direção (Perfeito, 2012) no qual, confinado num percurso ou espaço, é possível analisar as características dos movimentos que uma determinada entidade realiza num espaço-tempo. A adequação dos fluxos hospitalares é fulcral para o bom funcionamento de um hospital, cuja análise não serve apenas para controlar elementos contaminantes na fonte ou para reduzir os meios de disseminação das infeções hospitalares, mas também contribui para a operação dos processos hospitalares (Santos, 2013).

Toledo (2002) identifica, como se pode visualizar na Figura 2.4, dois tipos de fluxos - interfuncionais e intrafuncionais -, assim como dois tipos de utilizadores - utilizadores externos (todas aquelas pessoas que passam menos de 24 horas no hospital ou que não trabalham no respetivo) e utilizadores internos (todas aquelas pessoas que, mesmo sendo estranhas ao normal serviço do hospital, passam mais de 24 horas no interior do hospital).



**FIGURA 2.4** - Tipos de fluxos

Fonte: Adaptado de Toledo (2002)

Existem vários fatores que influenciam os fluxos numa unidade de saúde. Destaca-se a setorização, os acessos a entradas, as circulações e a orientação.

A setorização, sendo um processo que analisa a distribuição espacial das unidades funcionais e dos compartimentos que as constituem, no qual são caracterizados, avaliados e organizados os fluxos hospitalares, é importante para a instituição uma vez que reflete a adequação dos fluxos desde o ponto de partida até ao ponto de chegada (Toledo, 2006).

O número de acessos e entradas do hospital são revelantes para o conhecimento do nível de controlo de modo a impedir a intrusão nos compartimentos ou nas circulações restritas (Elizalde & Gomes, 2009). Uma correta sinalização interna e externa evita circulações indesejadas e reflete-se no serviço e na segurança do hospital. Para Toledo (2006) os acessos podem ser agrupados em três grupos:

- 1) acesso às unidades de internamento, ambulatório, imagiologia e administração;
- 2) acesso às urgências;
- 3) acesso de funcionários e insumos.

As circulações, para além de definirem e condicionarem a funcionalidade, ditam a morfologia de um estabelecimento hospitalar, devendo os seus trajetos serem estruturados de forma a encurtar distâncias e separar e controlar certos tipos de fluxos.

Por fim, quanto à orientação dos utilizadores, deve-se ter em atenção aos acessos, circulações e ao sistema de sinalização. Para facilitar a orientação dos pacientes e das visitas é crucial o hospital adotar um sistema racional de sinalização. Da eficiência do sistema informacional depende a eficiência do sistema de sinalização (Everling, Damião, Meurer, Oliveira & Medeiros, 1999), devendo apresentar características como aquelas indicadas na Tabela 2.3.

**TABELA 2.3 - Características de um sistema de sinalização eficiente**

<b>Caraterísticas de sistema de sinalização eficiente</b>	
Deve ser aplicado no interior e exterior do hospital.	Adequar-se a todas as pessoas (com deficiências inclusive).
Deve ser esclarecedor e eficiente na transmissão das informações convenientes e compatíveis com as funções de cada espaço.	Repetitiva com intervalos regulares ao longo dos trajetos de forma a acompanhar todo o deslocamento dos doentes e dos visitantes, desde o início até ao fim.
Deve ser esclarecedor e estruturado na transmissão do correto encaminhamento das deslocações dos doentes e dos visitantes dentro do edifício.	Adequar os espaçamentos de modo a permitir uma leitura fácil.
Visível e em número suficiente para que todos os espaços tenham a sua identificação específica, as direções de circulação e as saídas de emergência.	Diferenciada consoante os tipos de solicitação e de informação.

Fonte: Adaptado de Santos (2013)

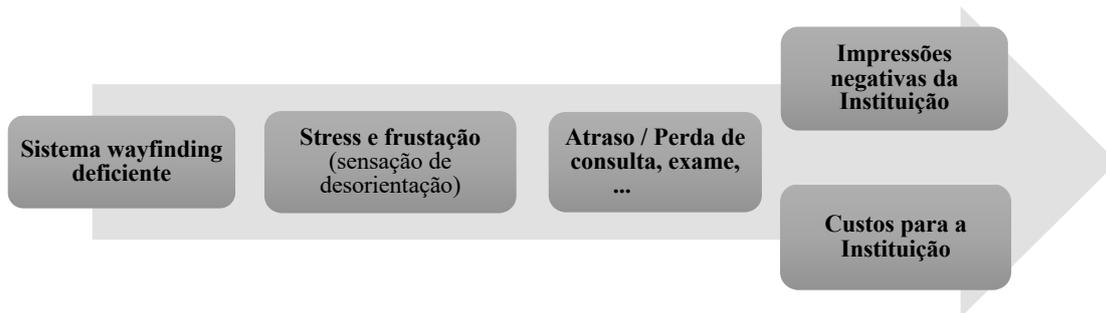
## **O *Wayfinding***

Sendo um ambiente de alta complexidade, várias são as áreas que participam na construção de um hospital para que as necessidades físicas, psíquicas e funcionais dos utentes e demais usuários sejam atendidas.

O termo *Wayfinding* assume várias definições na revisão literária:

- Modo pelo qual os utentes chegam a um destino e se situam no espaço, englobando processos perceptuais, cognitivos e comportamentais envolvidos no alcance do destino (Smythe e Spinillo, 2013).
- Conceito utilizado para descrever os muitos processos pelos quais uma pessoa passa para encontrar o seu caminho, do ponto de partida até ao ponto de chegada, proporcionando uma vantagem estratégica para o negócio da gestão de uma unidade de saúde, a fim de criar valor para a instituição (Smythe, 2014).

Não saber onde está e não saber como chegar ao destino normalmente leva o indivíduo à frustração e ao *stress*, resultando em efeitos físicos e psicológicos negativos (Rangel & Mont'Alvão, 2011). Além dos problemas citados anteriormente, segundo Mora, Oats e Marziano (2014), um sistema *wayfinding* deficiente (seja por questões ergonómicas, linguagem textual e pictóricas inadequadas) pode comprometer a segurança dos utentes, essencialmente em situações de emergência, assim como também se traduzir em perdas económicas importantes para a instituição e/ou um fraco serviço para os pacientes (Figura 2.5).



**FIGURA 2.5** - Consequências de um *wayfinding* deficiente

Fonte: Adaptado de Mora, Oats & Marziano (2014)

No momento em que um indivíduo tenta se orientar num determinado ambiente, este explora e vê a sinalética, rotas visíveis, consulta mapas e/ou solicita informações. Portanto, ações como análise de informação, criação e comparação de alternativas de solução para o problema e escolha de melhores rotas são desenvolvidas, levando o sujeito a realizar tarefas motoras e, conseqüentemente, dirigindo-o ao local desejado. Ao longo dessa rota, o mesmo provavelmente procurará pontos de referência ou reconsultará informações de modo a verificar se se está a movimentar corretamente. Uma vez no local desejado, comparará a descrição recolhida à fonte inicial com as informações observadas no ambiente onde se encontra. Estes são as etapas do processo de orientação espacial (Padovani & Moura, 2008).

É através do processamento cognitivo que o sujeito toma decisões, fazendo com que a sua mobilidade e orientação espacial levem à aquisição de conhecimento espacial e formação de imagens ambientais e, seguidamente relacionar os diversos elementos presentes no espaço (Scariot, 2013). Essa recolha de informação espacial, aliada a inclusões da imaginação do indivíduo, produz representações mentais do espaço envolvente – os mapas cognitivos-, que se caracterizam em, três aspetos (Padovani & Moura, 2008):

- Conhecimento espacial - o mapa cognitivo é análogo ao *layout* físico de um ambiente, indicando rotas, caminhos e relações entre os locais;

- Integração de informação - o mapa cognitivo é a junção de todas as informações, de forma compatível;
- Memória independente da meta - a informação embutida num mapa cognitivo não inclui detalhes sobre a meta informacional da ação envolvida na situação em que a informação foi adquirida.

O processo de *wayfinding*, para melhor compreensão do ambiente e ação de deslocamento no mesmo, assume alguns instrumentos que auxiliam ambas as vertentes. Analisando os estudos de Gibson (2009) e de Lynch e Camargo (1997), esses instrumentos podem ser divididos em dois grupos: *wayfinding* arquitetural e *wayfinding* gráfico (Tabela 2.4).

TABELA 2.4 - *Wayfinding* arquitetural e gráfico

<i>Wayfinding</i> Arquitetónico	Descrição
<b>Caminhos/ Circulação</b>	Os sistemas de circulação são um elemento chave na organização de um local ou construção, uma vez que as pessoas os utilizam para desenvolver os mapas cognitivos do ambiente.
<b>Marcos</b>	Um marco é um objeto que identifica uma localidade, dando uma identidade para cada parte do ambiente, atuando como pontos de referência mentais no processo de <i>wayfinding</i> .
<b>Nós</b>	São pontos onde as pessoas devem tomar decisões. Deste modo, deve conter informações arquiteturais e gráficas que as auxiliem.
<b>Limites</b>	Determinam onde uma área começa e onde ela acaba.
<b>Zonas</b>	São áreas com características específicas que ajudam na identificação geral do local.
<i>Wayfinding</i> Gráfico	Descrição
<b>Orientação</b>	Mapas, plantas do local, plantas dos pisos, construções e gabinetes são elementos utilizados para auxiliar os indivíduos no desenvolvimento dos mapas cognitivos.
<b>Informação Direcional</b>	Este tipo de sinalização procura guiar as pessoas na rota até ao seu destino. Geralmente são apresentados sinais com setas.
<b>Identificação</b>	Este tipo de informação gráfica é dado no ponto de destino/chegada incluindo, no geral, a sinalização do edifício, piso, números e identificadores das salas.
<b>Informação Regulatória</b>	É um tipo de sinalética que informa os visitantes sobre a situação do local, quanto aos perigos e mudanças, assim como nomeiam objetos. Procuram regular ações num determinado ambiente.

Fonte: Adaptado de Gibson (2009) e Lynch (1997)

Um sistema de informação para o *wayfinding* assume um papel importante no bom desenvolvimento das tarefas num ambiente tão complexo como são os hospitais. Estes sistemas, devendo possuir determinadas características (Tabela 2.5) que o tornem bem-sucedido (Lascano, 2009), têm como principal fim o de compensar a complexidades dos ambientes e de o aperfeiçoar, através da disponibilização de informações em artefactos gráficos, sonoros, verbais e táteis (O’Neil, 1999).

**TABELA 2.5 - Características para um sistema de *wayfinding***

<b>Características</b>	
<b>Ser facilmente navegável</b>	Deve apresentar caminhos de navegação claros e com rotas bem definidas, através da disponibilização de identificações, sinalética e pontos de decisão claramente indicados e marcados com antecedência.
<b>Ter design consistente</b>	Deve ser um fator secundário e deve reforçar ou enriquecer a mensagem ou a informação fornecida; deve utilizar a mesma tipografia, bem como uma família similar de ícones e uma hierarquia consistente de cores e elementos.
<b>Ter organização e indicações claras</b>	Cada área deve possuir um design único ou tema diferente de todos os outros; áreas subdivididas quebram um ambiente maior em partes menores e digeríveis.
<b>Apresentar informações compreensíveis, legíveis e bem projetadas</b>	Conteúdos de navegação ou informativos devem ser apresentados numa tipografia legível com um bom contraste para que possa ser visto em vários tamanhos e distâncias.
<b>Ser de fácil orientação</b>	Pontos de referência marcantes e ponto-chave auxiliam os visitantes a se localizarem, assim como destinos claramente marcados auxiliam na visualização do destino.
<b>Ser visível e reconhecível</b>	Sinalização e outros elementos do sistema de <i>wayfinding</i> devem se destacar e serem facilmente vistos a qualquer distância /ângulo.
<b>Ser funcional, interessante e acessível para todos</b>	Os elementos do sistema devem ter a capacidade de ser utilizados por qualquer indivíduo, devendo ser funcionais. A acessibilidade é uma preocupação que se deve ter, nomeadamente quando se trata de pessoas com deficiência variadas.
<b>Ser simples e conciso</b>	Utilizar o mínimo de linguagem possível e dar escolhas de navegação claras, simples e limitadas ajudam o indivíduo a chegar ao destino numa situação de stress.
<b>Fornecer um mapa</b>	Mapas impressos ou mapas digitais (em websites ou <i>apps</i> de <i>smartphone</i> ) são um método extra de orientação para os visitantes na medida que os ajuda a encontrar pontos-chave ou de referência.
<b>Ter uma pesquisa sólida e bem estratégica</b>	A estratégia deve adequar-se ao ambiente, ser funcional e sustentada por uma pesquisa suficiente.

Fonte: Adaptado de Lascano (2009)

### 2.2.3. Dimensão Social

Segundo Bitner (1992) “a avaliação dos serviços deve ser feita a partir da análise do *servicescape*”.

Embora tenha sido um fator levado em consideração no princípio, não existiram estudos onde fossem propostos modelos conceituais que incorporassem a dimensão social nos *servicescapes* (Tombs & MacColl-Kennedy, 2003). Foi incluída mais tarde como um elemento importante e relevante na análise do ambiente por Rosenbaum e Montoya (2007).

Na maioria das relações efetuadas no mercado, os consumidores procuram não só satisfazer as suas necessidades “físicas”, mas também as suas necessidades psicológicas e sociais, ou seja, as diferentes abordagens levadas a cabo pelo indivíduo são influenciadas não apenas por estímulos físicos, mas também por estímulos sociais (Rosenbaum & Massiah, 2011), que podem facilitar ou dificultar o gozo do serviço prestado, contribuindo igualmente para a lealdade do cliente (Johnstone, 2012). Dentro da dimensão social destacam-se três elementos que afetam a experiência do cliente num *servicescape*: a colocação do cliente, o envolvimento do cliente e a interação cliente/funcionário.

Para melhor entender esta dimensão, é necessário considerar quatro estímulos (Rosenbaum & Massiah, 2011):

- o cliente - uma interação cliente-cliente positiva possui a capacidade de melhorar ao mesmo tempo a satisfação percebida com a configuração do espaço e neutralizar toda a experiência de serviço negativa.
- o funcionário - na medida em que os consumidores consideram as relações com funcionários empenhados algo benéfico que afeta tanto a perceção como as intenções comportamentais;
- a densidade social – em muitos casos, os clientes são atraídos por uma grande densidade social quando têm o objetivo e a possibilidade em entrar em áreas apelativas, confortáveis, agradáveis, onde são bem-vindos;
- as emoções exibidas por clientes terceiros – quando os consumidores se envolvem em consumo de grupo (e.g. fazer compras ou exercício) podem responder às emoções exibidas de outras pessoas no *servicescape*, quer positiva quer negativamente. Assim, a inclusão do cliente no *servicescape* é particularmente

importante, uma vez que muitos serviços são realizados na presença de outros clientes (Tombs & MacColl-Kennedy, 2010).

Harris e Ezeh (2008) apontam ainda duas variáveis de natureza social do *servicescape*: o comportamento do *staff* (no qual estão embutidos a credibilidade e orientação para o cliente) e a imagem do *staff* (tendo em conta a competência e a atratividade física). Uma organização orientada para o cliente incide sobre um forte destaque tanto na colaboração dos seus funcionários como na confiança do cliente, sendo por isso uma construção fundamental para a capacidade de uma organização de serviços se colocar no mercado e de influenciar as intenções de fidelidade. Outro fator que tem a habilidade de manipular as intenções do consumidor é a credibilidade, definida como o grau em que uma determinada referência é percebida como confiável e competente. No que toca à imagem do *staff*, a importância da competência é ainda mais enfatizada no momento da prestação do serviço derivada da dependência do cliente, que aguarda que o *staff* procure resolver os seus problemas. Já a atratividade física (isto é, a percepção dos traços físicos de um ou mais indivíduos) sugere que pode aumentar a experiência do serviço e, ao mesmo tempo, servir como motivação para as intenções futuras.

### **2.3. Satisfação e Intenção Comportamental**

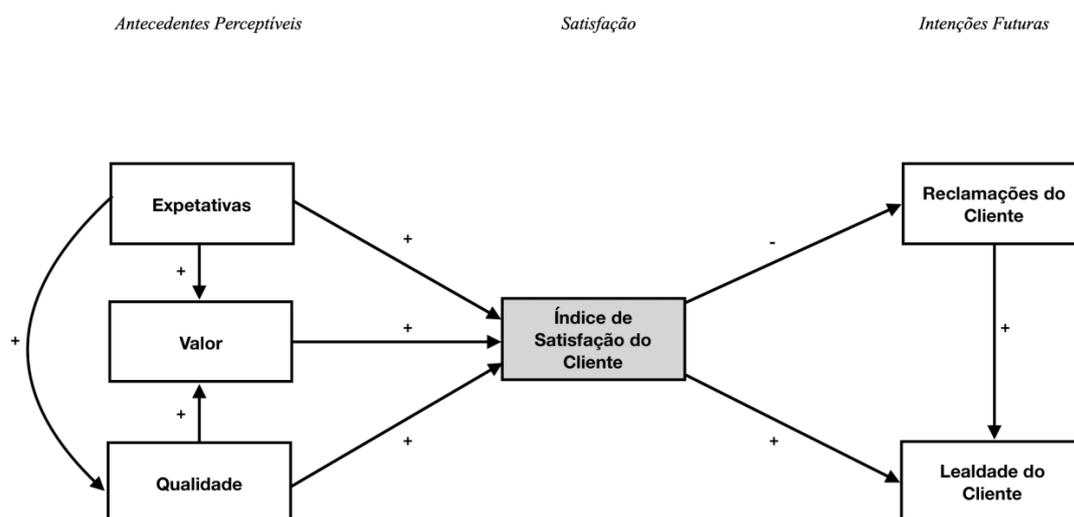
A satisfação é um estado emocional que ocorre como resultado das interações praticadas entre o consumidor e a organização, estando diretamente relacionada com a percepção e as expectativas (Sahoo & Ghosh, 2016). Trata-se de um índice frequentemente usado (e crítico) na evolução da qualidade dos cuidados de saúde onde o paciente tem o papel de contribuir, atingir e reformá-la (Batbaatar, Dorjdagva & Luvsannyam, 2017).

Segundo Wakefield e Blodgett (1994) a percepção dos utentes às dimensões ambientais e espaciais leva a que estes tenham certos pensamentos e sentimentos (quer emocionais quer físico) que, num último momento, os leva às intenções futuras, podendo elas ser de abordagem (positiva) ou a evitar (negativa) o serviço/bem. A origem da satisfação começa com os padrões de comparação. Começando com a necessidade de satisfazer as necessidades básicas, os indivíduos têm avaliado os resultados das ações vivenciadas em relação aos seus desejos. Essa operação de comparação diferencia a satisfação de

outros estados de afeto, como felicidade ou prazer, que podem ocorrer sem um padrão de comparação.

Batbaatar et al. (2017) indicam, através de um estudo empírico, que os cuidados técnicos (prestados pelos profissionais), o ambiente físico e a acessibilidade são alguns dos determinantes para a satisfação dos utentes.

O modelo do índice de satisfação do consumidor pode ser compreendido pelo esquema seguinte (Figura 2.6).



**FIGURA 2.6** – Modelo Americano do Índice de Satisfação do Consumidor

Fonte: Adaptado de Fornell, Johnson, Anderson, Cha & Bryant (1996)

A satisfação do consumidor, segundo o modelo anterior, é constituída por três antecedentes: a perceção da qualidade, a perceção do valor e as expetativas do consumidor. A perceção da qualidade, ou *performance* – a avaliação da experiência de consumo – é expectável que tenha um efeito direto positivo na satisfação do cliente. O segundo determinante explica que o acréscimo de valor percebido incorpora informações de preço ao modelo e aumenta a colação dos resultados entre as empresas, indústrias e setores. O terceiro elemento – as expetativas do serviço – representa a experiência de consumo anteriores (incluindo também informações não experienciadas

como a publicidade) e a capacidade do prestador vir a entregar o serviço com qualidade no futuro.

Estudos apontam que, mediante as expectativas do indivíduo ao *healthscape*, a acessibilidade e os tempos de espera, as qualidades de empatia do pessoal médico e dos serviços de *staff* e a imagem (Coyle & Williams, 1999) são os aspetos alvo de maior crítica e cruciais para os níveis de satisfação dos utentes. Naidu (2009) acrescenta ao que foi citado que o custo do serviço, os elementos tangíveis e o papel (e comportamento) do médico contribuem igualmente para a satisfação do utente.

Não obstante, as dimensões ambientais de um determinado espaço (isto é, os elementos captados pelos canais sensoriais) têm um papel importante no comportamento do indivíduo na medida que, segundo Kotler (1973), influencia numa primeira fase a sensação e conseqüente perceção de qualidade dos espaço em torno do produto/serviço, de seguida o efeito dessa perceção afeta o estado afetivo do sujeito e, por sua vez, na intenção de compra. Já Nguyen e Leblanc (2002) salientam que os elementos de contato (nomeadamente o espaço físico e as relações interpessoais) influenciam a satisfação do paciente, e que a relação entre a sua satisfação e a lealdade é refletida na intenção de voltar/comprar e no desejo de recomendar.

Seguindo a teoria parcimoniosa *saída-voz* de Hirschman (1970), as conseqüências imediatas do aumento da satisfação do cliente provocam a diminuição das queixas dos clientes e aumentam a sua lealdade. No caso de ficar insatisfeito, o cliente terá a opção da *saída* (como por exemplo, indo a uma empresa concorrente) ou da *voz* (através das suas reclamações). Um aumento na satisfação deve também aumentar a lealdade do cliente, sendo esta última a variável dependente final no modelo derivado ao seu valor como “impulsionador” para o lucro (Anderson, 1996).

Na esfera dos cuidados de saúde os resultados da qualidade da assistência médica são muitas vezes a própria vida. Por isso, a qualidade do serviço e satisfação do utente são questões críticas que os profissionais de *marketing* da área da saúde enfrentam, embora a literatura não confirme a existência de conexão entre ambos os fatores: se a qualidade conduz à satisfação, se a satisfação conduz à qualidade, ou em alguns casos se são a mesma coisa (Hutton & Richardson, 1995).

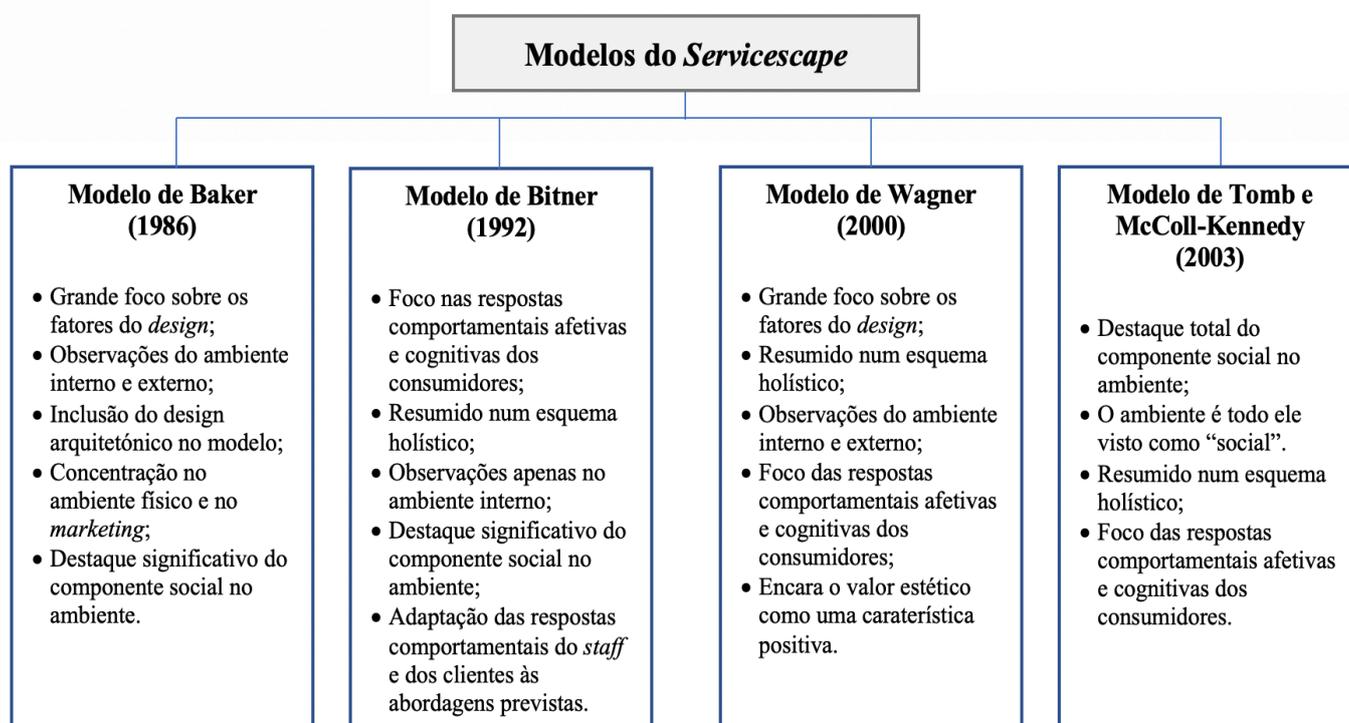
Clientes satisfeitos estão mais propícios a exibirem intenções comportamentais favoráveis, que são benéficas para o sucesso a longo prazo para o prestador dos serviços de saúde (Naidu, 2009). A intenção comportamental é definida como um sinal de que um cliente permanecerá ou sairá do relacionamento com um determinado serviço (Pai & Chary, 2015).

Kandampully e Shuartanto (2000) indicam dois tipos de lealdade: no comportamento e na atitude. A lealdade comportamental refere-se à preferência do consumidor de um determinado serviço/produto ao longo do tempo. Já a lealdade na atitude é atribuída à intenção do consumidor recomendar ou voltar a comprar o produto/serviço. As intenções de recomendar um determinado serviço estabelecem um vínculo entre as suas perceções de satisfação e qualidade com a experiência, verificando assim que existe uma relação positiva entre a satisfação do cliente e a sua fidelidade.

Não dissemelhante, Tombs e McColl-Keneddy (2002) salientam duas formas de abordagem adotadas pelos clientes: o patrocínio – que incide sobre atrair clientes para o *servicescape*, aumentar o desejo do cliente em ficar e gerar nele a intenção de retorno -, e os comportamentos de comunicação – onde estão incluídos tanto o desejo de o cliente associar-se ou estar associado a outros como na intenção de divulgar a sua experiência positiva.

## 2.4. Modelos do *Servicescape*

Ao longo do século transato, vários foram os autores que, resultado dos estudos sobre os *servicescapes*, desenvolveram e propuseram os seus próprios modelos. De seguida, são apresentados quatro modelos (Figura 2.7) que se mostraram revelantes para estudos posteriores e que contribuíram para uma melhor compreensão deste conceito: o Modelo de Baker, o Modelo de Bitner, o Modelo de Wagner (com especial foco na dimensão física do *servicescape*) e o Modelo de Tomb e McColl-Kennedy (empírico e com especial incidência sobre a dimensão social).

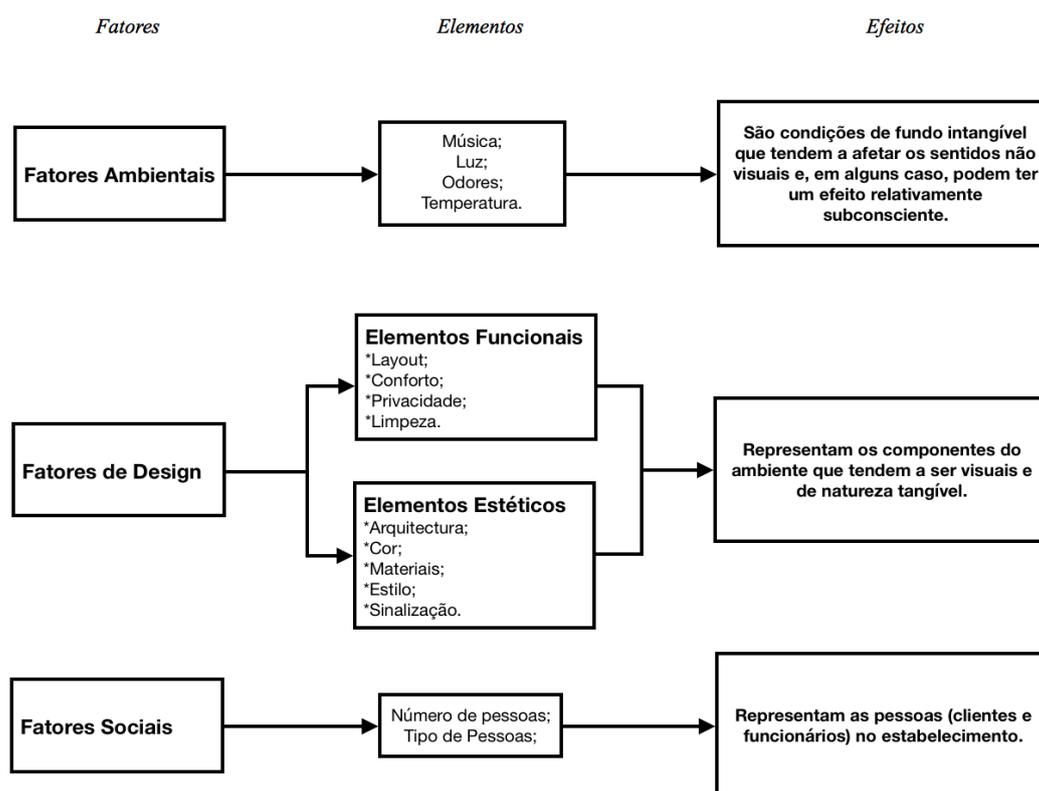


**FIGURA 2.7** - Modelos do *Servicescape*

Fonte: Adaptado de Ishaq, Bhutta, Hamayun, Danish e Hussain (2014) e Tombs e McColl-Kennedy (2003)

### 2.4.1. Modelo de Baker

Baker (1986), desenvolvendo uma tipologia baseada nos elementos do ambiente do serviço, procurou dar atenção à importância do ambiente físico nas percepções dos clientes através de aspetos do *design*, da decoração, da sinalização e de outras evidências ambientais das instalações. Essa tipologia divide-se em três grupos amplos e distintos: fatores ambientais, fatores de *design* e fatores sociais. Segundo a mesma, os estímulos provenientes dos *servicescapes* existem a partir do fator *design* (interno e externo), em comunhão com a inclusão do fator social pertencentes aos consumidores presentes no espaço em causa. Deste modo, o modelo pode ser percebido pela figura seguinte (Figura 2.8).



**FIGURA 2.8** - Esquema-resumo do modelo dos *Servicescapes* de Baker  
 Fonte: Adaptado de Baker & Lamb Jr (1992) e Baker, Grewal & Parasuraman (1994)

### 2.4.2. Modelo de Bitner

O modelo de Bitner (1992) procura abordar as questões inerentes ao impacto do espaço físico das organizações no comportamento do indivíduo, quer seja colaborador ou consumidor/cliente (Figura 2.9). Tratando-se de um modelo de referência para inúmeros estudos empíricos, nele podemos verificar que uma variedade de fatores ambientais é percebida pelos “atores” e que ambos os grupos podem reagir cognitivamente, emocionalmente e fisiologicamente ao meio ambiente onde se encontram, respostas essas que acabam por influenciar as interações aí praticadas. Wakefield e Blodgett (1996), posteriormente, adiantam no seu estudo que a satisfação é proveniente das respostas internas, quer dos funcionários quer dos clientes (facilmente associadas no modelo de Bitner). Dessas interações, resultam os comportamentos (podendo elas ser de abordagem ou a evitar) que, direta e indiretamente acabam por afetar os objetivos da organização e as intenções futuras do cliente.

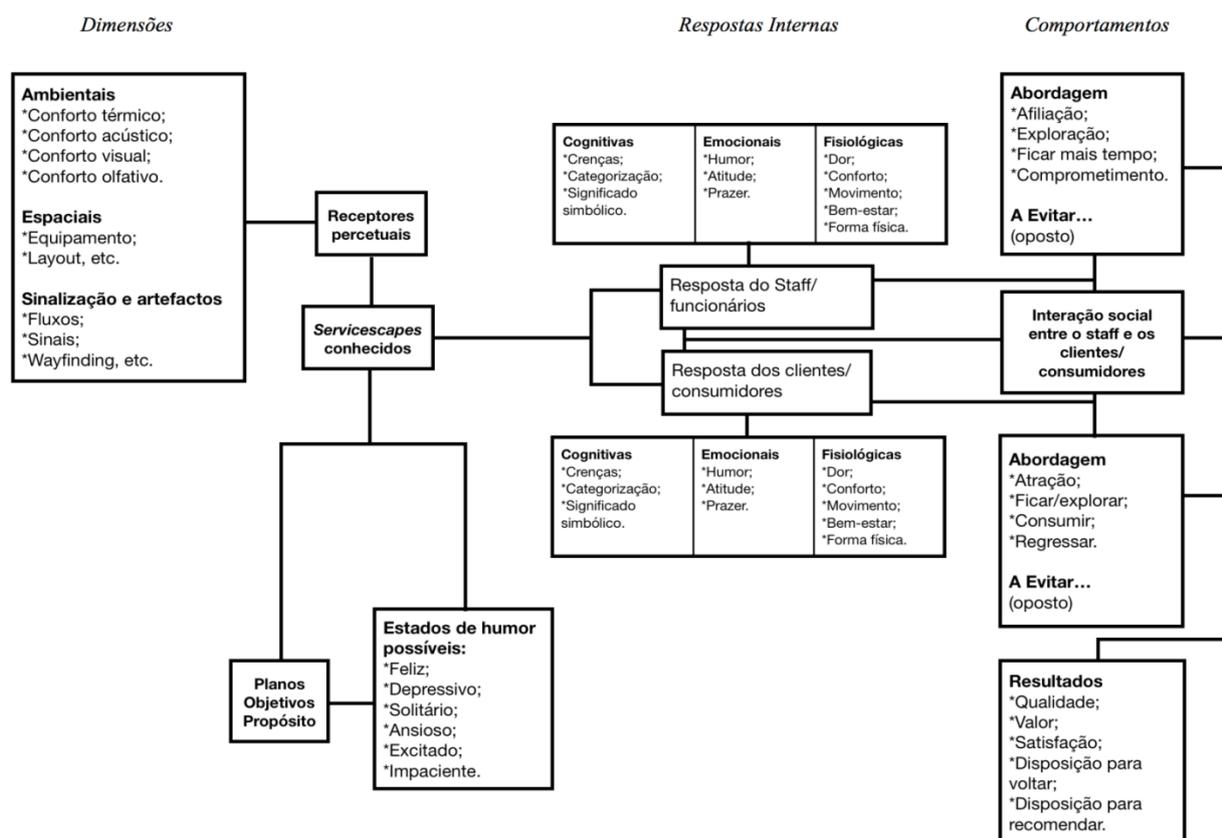


FIGURA 2.9 - Modelo dos Servicescapes de Bitner

Fonte: Adaptado de Bitner (1992)

### 2.4.3. Modelo de Wagner

Segundo Wagner (2000), o valor estético é um conceito essencial na filosofia, artes visuais e arquitetura e que, devido à intensificação da concorrência entre as organizações e ao desafio da diferenciação da marca, emerge um grande efeito na estratégia de posicionamento e comunicação.

O termo “estética”, embora tenha sido ao longo da história associado às belas artes, tem sido usado desde o século XX para se referir ao *design* dos objetos do quotidiano, adquiridos e usados pelos consumidores. Recentemente, este conceito tornou-se popular na esfera comercial, onde remete para o *design* de anúncios, logotipos corporativos e ambientes de negócios, incluindo os *servicescapes* que, uma vez bem projetada, transmite uma imagem unificada ao consumidor e diferencia a empresa dos seus concorrentes.

Assim, esta autora apresenta um modelo do valor estético dos *servicescapes* (Figura 2.10), modelo esse que integra conceitos de filosofia, *design* e *marketing* e que o divide em três dimensões:

- Características objetivas- onde são abordados os elementos visuais e os princípios do *design*. Os *servicescapes*, sendo espaços tridimensionais, requerem um sistema apropriado para classificar os elementos visuais – a teoria arquitetónica. Nesta, são considerados dois conjuntos: os elementos do *design* tridimensional (que abrangem a forma e o espaço) e as propriedades sensoriais (que remetem para a luz, a cor e a textura). Já os princípios do *design* são as diretrizes para criar relações entre os elementos visuais num *design*. São eles: a proporção e a simetria;
- Respostas dos consumidores ao *design* - onde se discutem as respostas psicológicas (através da cognição e da afeição) e os seus resultados (pelo modelo, o valor estético é assumido para ser uma experiência positiva, na qual os consumidores estão dispostos a se aproximarem, entrar e circular pelo *servicescape*);
- Moderadores do valor estético - destinada para a definição das características do consumidor (através das suas emoções, gostos, personalidade e outras variáveis) e o contexto em que se enquadra o *servicescape* (e.g. dependendo da cultura, área geográfica).

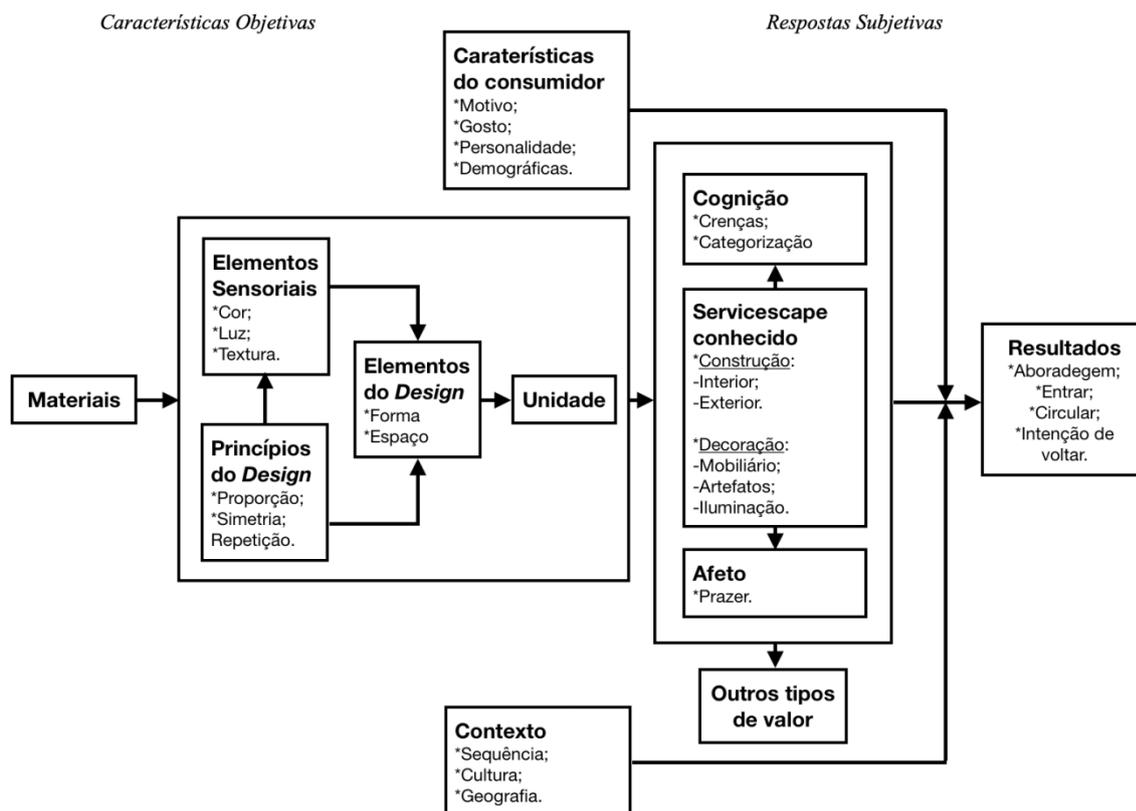


FIGURA 2.10 - Modelo dos Servicescapes de Wagner

Fonte: Adaptado de Wagner (2000)

#### 2.4.4. Modelo Empírico de Tomb e McColl-Kennedy

Trata-se, segundo Tombs & McColl-Kennedy (2003) de um modelo (Figura 2.11) do *servicescape*-social, composto por cinco elementos: ocasião da compra/serviço (refente ao contexto), densidade social (elementos físicos), emoções exibidas por terceiros (elementos sociais), respostas afetivas dos clientes (respostas internas) e respostas cognitivas dos clientes (tanto intenções comportamentais como comportamentos vigentes).

- Ocasião da compra/serviço – é o intervalo de tempo no qual ocorre a ação, dependendo do contexto e podendo ser particulares ou grupais. No sector da saúde, são exemplos particulares uma consulta ou um atendimento por parte de um farmacêutico, já um exemplo de uma ocasião grupal pode ser uma sessão de terapia em grupo;

- Densidade social – é o fator social que determina a distância interpessoal entre os clientes e os seus comportamentos, perante os elementos ambientais que os acolhem. O local e a ocasião do serviço funcionam, aqui, como uma pista na determinação desses comportamentos;
- Emoções exibidas por terceiros – a perceção de emoções de outros por parte de um indivíduo, é possível que essas emoções exibidas influenciem o estado afetivo e comportamentos (contágio emocional), podendo ocorrer entre funcionários, entre funcionários e chefia, e funcionários e clientes. Num exemplo, as emoções translúcidas positivas de um médico podem traduzir na satisfação e avaliação positiva da qualidade do serviço;
- Respostas afetivas dos clientes – um dos desafios das chefias é a criação de ambientes que traduzam um impacto positivo nos seus clientes. As emoções induzidas pelos ambientes tendem a influenciar os comportamentos e intenções futuras;
- Respostas cognitivas do cliente – as condições ambientais produzidas pela presença de outros clientes podem instigar um efeito positivo/negativo no cliente, influenciando os seus comportamentos de abordagem ou de evitação. Os clientes cuja suscetibilidade ao contágio emocional é alta têm uma maior tendência a serem afetados pelas emoções exibidas pelos outros clientes em comparação com aqueles que têm uma suscetibilidade ao contágio emocional baixa.





# Capítulo III

## Metodologia da Investigação

[3.1] Tipo de estudo

[3.2] Objetivos do estudo

[3.3] Modelo e hipóteses de investigação

[3.4] Questionário

[3.5] Definição da amostra

[3.6] Recolha dos dados

[3.7] Análise dos dados

### 3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Uma vez revista a literatura considerada a mais pertinente para apoiar e suportar teoricamente a investigação, optou-se por descrever os procedimentos utilizados na mesma. Posto isto, neste terceiro capítulo será redigida sucintamente a metodologia aplicada.

#### 3.1. Tipo de estudo

O presente estudo é descritivo, transversal, correlacional e utiliza o método quantitativo. Dalfovo, Lana e Silveira (2008) indicam que uma pesquisa descritiva tem como objetivos observar, registar e descrever as características de um determinado fenómeno ocorrido numa amostra e o estabelecimento de relações entre as variáveis, recorrendo a um levantamento de dados fundamentado em conhecimento empírico. Tratar-se-á de um estudo correlacional já que serão investigadas as correlações existentes entre os diversos fatores que envolvem a temática dos *healthscape* (Vilelas, 2009) e transversal, pois a pesquisa é realizada num curto espaço de tempo (Silva, 2004). Por fim, a natureza do projeto será de cariz quantitativo já que traduz em números as informações para serem classificadas e analisadas (Vilelas, 2009).

#### 3.2. Objetivos do estudo

O principal objetivo desta investigação, fundamentado pela literatura científica, consiste em demonstrar a pertinência e a importância dos ambientes onde são prestados os serviços de saúde (os *healthscapes*), assim como o seu impacto na satisfação e intenção comportamental dos utentes.

Os objetivos específicos deste estudo são os seguintes:

- Avaliar a perceção do utente perante as diferentes dimensões que constituem o *healthscape*;
- Avaliar o conseqüente impacto da perceção do utente na sua satisfação;
- Averiguar se essa satisfação produz intenções comportamentais positivas.

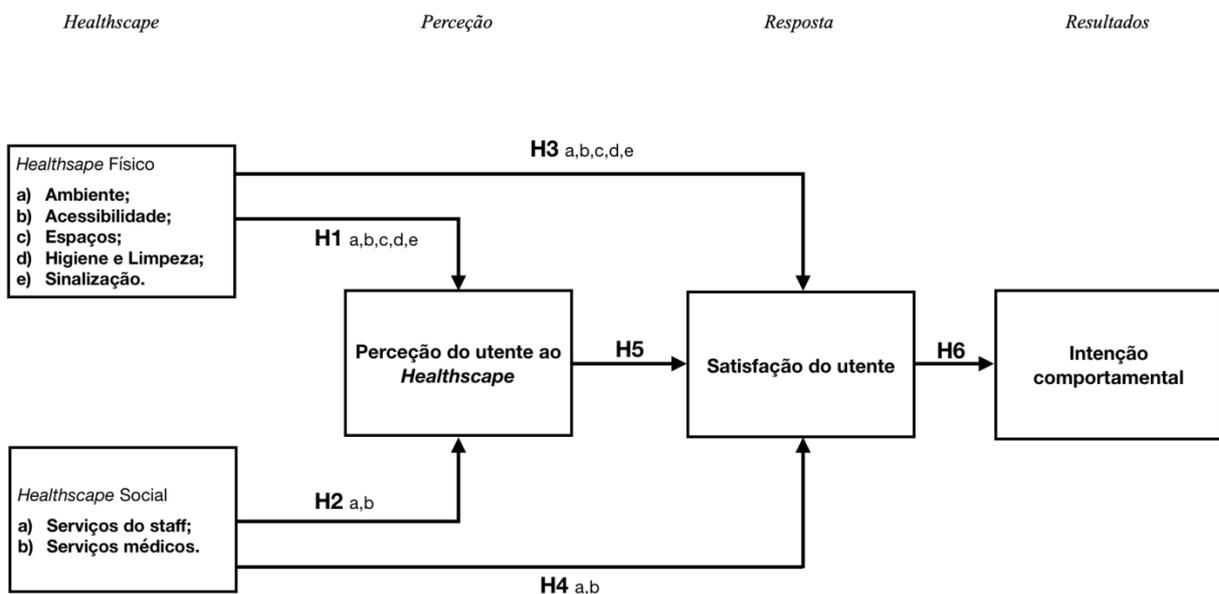
Sendo um estudo confirmatório, serão apresentados o modelo em estudo e as respetivas hipóteses a serem validadas. Por se tratar de um estudo empírico e por ter sido utilizado um questionário, torna-se importante identificar as variáveis em estudo e os

procedimentos de recolha de dados. Por fim, baseando-se a confirmação das hipóteses na análise quantitativa, serão descritas as principais técnicas de análise a usar.

### 3.3. Modelo e hipóteses de investigação

Em termos gerais o objetivo principal desta investigação passa por conhecer o impacto do *healthscape* (físico e social) na perceção, satisfação e intenção comportamental do utente de um Hospital Privado.

Foi então considerado mais ajustado e pertinente o estudo desenvolvido por Cadirci e Akmaz (2017) que, baseando-se nas dimensões citadas anteriormente na revisão da literatura e nos modelos de Bitner (1992) e Wakefield e Bodgett (1996), permite analisar o contributo do *healthscape* físico e social na perceção e satisfação dos utentes e, por conseguinte, nas suas intenções comportamentais (Figura 3.1).



**FIGURA 3.1** - Modelo de investigação  
 Fonte: Adaptado de Cadirci e Akmaz (2017)

São diversos os estudos que se debruçaram sobre a temática da avaliação da satisfação, avaliação comportamental e lealdade dos clientes/pacientes quando confrontados com um *healthscape*. De seguida são apresentados alguns desses estudos que dão reforço às hipóteses colocadas pelo modelo selecionado.

As perceções positivas de um *servicescape* (através de elementos simbólicos por exemplo) ajudam os clientes a criar uma imagem congruente e a fortalecer as suas atitudes. Assim como a satisfação com a imagem dos *servicescapes* tem efeitos variáveis nas atitudes, as experiências anteriores vivenciadas pelos clientes contribuem também para atitudes futuras (Sahoo & Mitra, 2016). De acordo com o estudo empírico de Cadirci e Akmaz (2017), verificou-se que os resultados apoiaram com sucesso o modelo sugerido, no qual as dimensões ambiental e espacial foram as mais influentes na perceção dos utentes ao *healthscape*. Suess e Mody (2017a) salientam e promovem que as características ambientais, espaciais e sociais dos *healthscapes* devem ser objetos de estudo por parte dos gestores devido ao potencial em promover perceções positivas. Noutra pesquisa, salientam uma relação positiva entre o *healthscape* e a uma resposta emocional satisfatória dos utentes, proveniente da perceção da qualidade do espaço físico e que, por sua vez, contribuem para que estes se sintam mais relaxados (Suess & Mody, 2017b). Outro estudo também vem dado ênfase ao impacto destas dimensões sobre a perceção dos utentes, referindo que um *healthscape* está também positivamente relacionado com as emoções dos mesmos, à imagem criada por eles e ainda sentimentos de prazer (Sag, Zengul & Landry 2018). São assim colocadas as seguintes hipóteses para testar os efeitos destas dimensões do *healthscape* na perceção dos utilizadores:

- **H1a:** *O ambiente está positivamente relacionado com a perceção dos utentes ao healthscape.*
- **H1b:** *A acessibilidade está positivamente relacionada com a perceção dos utentes ao healthscape.*
- **H1c:** *Os espaços estão positivamente relacionados com a perceção dos utentes ao healthscape.*
- **H1d:** *A higiene e a limpeza estão positivamente relacionadas com a perceção dos utentes ao healthscape.*
- **H1e:** *A sinalização está positivamente relacionada com a perceção dos utentes ao healthscape.*
- **H2a:** *Os serviços do staff estão positivamente relacionados com a perceção dos utentes ao healthscape.*

- **H2b:** *Os serviços médicos estão positivamente relacionados com a percepção dos utentes ao healthscape.*

Um dos fatores que contribuem para a lealdade do utente é o tempo de espera para ser atendido na receção. Tratando-se de uma das dimensões sociais, a prestação deste serviço acaba inevitavelmente por ter um impacto na avaliação retirada (Emir, 2006). Estudos como os de Cadirci e Akmaz (2017) e de Silva, Ferreira e Daniel (2018) salientam uma forte ligação entre a percepção do utente ao *healthscape* e a sua satisfação, nos quais se verificou que a visão das dimensões ambiental e espacial do *healthscape* é considerada mais importante do que a dimensão social no que toca à criação de altos níveis de satisfação. Aspetos simbólicos do confronto com um *healthscape* desempenham igualmente um papel importante na satisfação do utente. Suess e Mody (2017a) reforçam essas conclusões indicando no seu estudo uma relação significativamente forte entre o design gráfico (e outros elementos como a iluminação e o ruído) do *healthscape* com a satisfação geral dos pacientes. Não obstante, Wildan (2017) e Naidu (2009) frisam nas suas pesquisas que as dimensões físicas (nomeadamente o ambiente, a higiene, os espaços e as acessibilidades) e a dimensão social (quanto ao papel e comportamento do médico) têm um impacto positivo na satisfação do indivíduo. Noutro estudo, que incidiu igualmente sobre a medição da satisfação do utente, ficou registado que o fator “*healthscape* físico” contribui mais para a satisfação (imediatamente à frente dos fatores “prestação do médico” e “prestação do enfermeiro” (Al-Neyadi, Abdallah & Malik, 2018). Posto isto, são colocadas as seguintes hipóteses:

- **H3a:** *O ambiente está positivamente relacionado com a satisfação do utente.*
- **H3b:** *A acessibilidade está positivamente relacionada com a satisfação do utente.*
- **H3c:** *Os espaços estão positivamente relacionados com a satisfação do utente.*
- **H3d:** *A higiene e a limpeza estão positivamente relacionadas com a satisfação do utente.*
- **H3e:** *A sinalização está positivamente relacionada com a satisfação do utente.*
  
- **H4a:** *Os serviços do staff estão positivamente relacionados com a satisfação do utente.*
- **H4b:** *Os serviços médicos estão positivamente relacionados com a satisfação do utente.*

- **H5:** *A percepção dos utentes ao healthscape está positivamente relacionada com a satisfação do utente.*

DCunha, Kumar, Angadi e Suresh (2017) concluíram na sua pesquisa que, assim como uma percepção agradável aumenta a qualidade da sua permanência, a satisfação contribuiu para intenções comportamentais futuras positivas, ou seja, colaborou para a lealdade do indivíduo e influencia as atitudes em relação ao hospital (Sahoo & Ghosh, 2016). Ladhari, Souiden e Dufour (2017) asseguraram igualmente que a qualidade das configurações onde são prestados os serviços aumentam a satisfação emocional, levando a altas probabilidades do indivíduo voltar ou recomendar aquele serviço. A satisfação, por outra via, tem uma ligação positiva com as intenções futuras. Confirmou-se, ainda, que os utentes transparecem maior satisfação e ao mesmo tempo maior intenção de regressar/recomendar quando falamos em instituição privada do que quando nos remetemos a uma instituição do Estado (M. Argan & M. T. Argan, 2017). Por fim, de salientar que a satisfação do paciente intercede a relação confiança/capacidade de resposta com a lealdade deste (Meesala & Paul, 2016). Posto isto, é colocada a seguinte hipótese:

- **H6:** *A satisfação do utente gera intenção comportamental positiva.*

### 3.4. Questionário

O desenho do questionário para este estudo é na sua maioria baseado no estudo de Cadirci e Akmaz (2017) tendo sido necessário recorrer, por não incluir questões sobre as intenções de recomendação, ao estudo de Suess e Mody (2017b). A estrutura do mesmo é dividida em duas partes que a seguir se descrevem (Apêndice A):

Secção A – Reservada ao levantamento de dados sociodemográficos dos inquiridos (com o objetivo de conhecer a idade, o género e o nível de escolaridade do utente, assim como à quanto tempo frequentam a instituição e as suas limitações físicas).

Secção B - Reservada ao levantamento da percepção do utente sobre as dimensões apresentadas no modelo proposto: ambiente, acessibilidade, espaço, higiene e limpeza, sinalização, serviços de *staff*, serviços médicos, percepção, satisfação e intenções futuras, conforme se pode verificar na Tabela 3.1.

TABELA – 3.1 - *Constructos e itens do questionário*

<b>Constructos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fonte</b>
<b>Ambiente (AMB)</b>	1. A temperatura é satisfatória.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016) Harris e Ezeh (2008)
	2. O ar-condicionado não me perturba.	
	3. O ruído não me perturba.	
	4. O cheiro é satisfatório	
<b>Acessibilidade (ACCESS)</b>	5. Foi fácil entrar no hospital a partir do estacionamento circundante.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016) Cheng Lim e Tang (2000)
	6. Foi fácil estacionar o carro no estacionamento circundante.	
<b>Espaços (ESP)</b>	7. Os equipamentos funcionam corretamente.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016) Cheng Lim e Tang (2000)
	8. As decorações são agradáveis.	
<b>Higiene e Limpeza (HILI)</b>	9. Todas as partes do hospital estão limpas.	Cadirci e Akmaz (2017) Arasli, Ekiz e Katircioglu (2015) Harris e Ezeh (2008) Cheng Lim e Tang (2000) Parasuraman et al (1985)
	10. As casas de banho estão limpas.	
	11. As salas de consulta/exames estão limpas.	
	12. As áreas de refeições estão limpas.	
	13. Os corredores do hospital estão limpos.	
	14. As entradas e as saídas do hospital estão limpas.	
	15. As áreas de espera estão limpas.	
	16. No geral, o hospital está limpo.	
<b>Sinalização (SINAL)</b>	17. As roupas dos funcionários estão limpas.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016)
	18. A sinalização no hospital é adequada.	
	19. Consegui ver bem a sinalização no hospital.	
	20. Consegui facilmente entender a sinalização no hospital.	
<b>Serviços do staff (STAFF)</b>	21. Graças à sinalização, consegui encontrar o meu caminho pelo hospital.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016) Harris e Ezeh (2008) Cheng Lim e Tang (2000) Parasuraman et al (1985)
	22. O(A) rececionista foi simpático(a) para comigo.	
	23. Não esperei muito tempo para ser atendido(a) pelo(a) rececionista.	
	24. Os funcionários foram úteis.	
<b>Serviços médicos (MED)</b>	25. Tive respostas satisfatórias para as minhas perguntas.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016) Cheng Lim e Tang (2000) Parasuraman et al (1985)
	26. O(A) médico(a) que me atendeu tem autoconfiança.	
	27. O(A) médico(a) que me atendeu tratou-me bem.	
	28. O(A) médico(a) que me atendeu foi simpático(a) para comigo.	
<b>Perceção utente ao Healthscape (PERCEP)</b>	29. Os esclarecimentos do(a) médico(a) que me atendeu foram adequados.	Cadirci e Akmaz (2017) Sahoo e Ghosh (2016)
	30. Durante a minha presença no hospital senti-me confortável.	
	31. No geral, o ambiente não é incomodativo.	
<b>Satisfação do utente (SAT)</b>	32. No geral, o ambiente é satisfatório.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Ghosh (2016)
	33. Estou satisfeito(a) com o ambiente do hospital.	
	34. Estou satisfeito(a) com os serviços médicos prestados por este hospital.	
	35. Estou satisfeito(a) com o staff (administrativos, rececionistas, etc.) deste hospital.	

<b>Intenções futuras (INTFUT)</b>	36. Quando considero o nível do serviço que recebi, não tenciono visitar outro hospital senão este.	Cadirci e Akmaz (2017) Suess e Mody (2017b) Sahoo e Gosh (2016) Harris e Ezech (2008)
	37. Este hospital será a minha primeira escolha no futuro.	
	38. Poderei voltar a este hospital para o mesmo serviço.	
	39. Poderei voltar a este hospital para outro tipo de consulta.	
	40. Estou disposto(a) a recomendar este hospital a outras pessoas (familiares, amigos ou colegas) que procuram o meu conselho.	

Foi realizado um pré-teste ao questionário com um total de dez inquiridos. Do mesmo observou-se que o item “A música é apropriada” do *constructo* “Ambiente” provocava dúvidas nos inquiridos por não se aplicar ao contexto em que se encontravam. Por isso essa variável foi excluída do questionário e, conseqüentemente, da sua análise.

### 3.5. Definição da amostra

A população abrangida neste estudo consiste nos utentes do Hospital Particular de Viana do Castelo (HPVC), instalação principal da rede que engloba também o Hospital Particular de Barcelos e a Unidade de Fisioterapia de Vila Praia de Âncora. Trata-se de uma unidade vocacionada para a prestação dos cuidados de saúde, tendo ao dispor uma ampla oferta de serviços nas várias especialidades, tanto médicas como cirúrgicas.

Após uma primeira avaliação da amostra total, verificaram-se duas situações:

1. Três questionários foram considerados totalmente inválidos;
2. Dezanove questionários mostraram ausência de uma ou mais respostas.

Posto isto, foram tomadas as seguintes medidas: os três questionários inválidos foram descartados, a variável “A música é apropriada” foi afastada do estudo e quanto aos dezanove questionários com valores omissos foi sugerido que fossem igualmente afastados, já que a dimensão da amostra não compromete as análises de equações estruturais. Assim, a amostra a ser estudada é constituída por 402 questionários válidos.

### 3.6. Recolha dos dados

Para a recolha dos dados foi solicitada uma autorização aos sócios (uma vez que não possui um Conselho de Ética para a Saúde) do HPVC. Na primeira abordagem, foram apresentados seis documentos: um termo de responsabilidade para o tratamento dos dados (Apêndice B), uma carta de apresentação/submissão (Apêndice C), o consentimento informado (Apêndice D), uma declaração da base de dados (Apêndice E), um pedido de autorização aos sócios (Apêndice F) e uma cópia do projeto de investigação.

Após reunião, discussão e apreciação dos sócios foi atribuído parecer favorável para a recolha dos dados, no qual ficou acordado um prazo de um mês para a recolha: de 21 de Maio a 21 de Junho de 2018. O parecer pode ser visualizado em anexo (Apêndice G).

Assim foram recolhidos, desde 21 de Maio a 8 de Junho, um total de 424 questionários em duas áreas distintas do Hospital:

**Zona A** – edifício onde são realizadas consultas externas e análises clínicas. Abrange igualmente o piso dos internamentos e o de fisioterapia;

**Zona B** – edifício onde são realizadas apenas consultas externas.

Na figura 3.2 estão visíveis os questionários entregues por dia, da parte da manhã e da tarde.

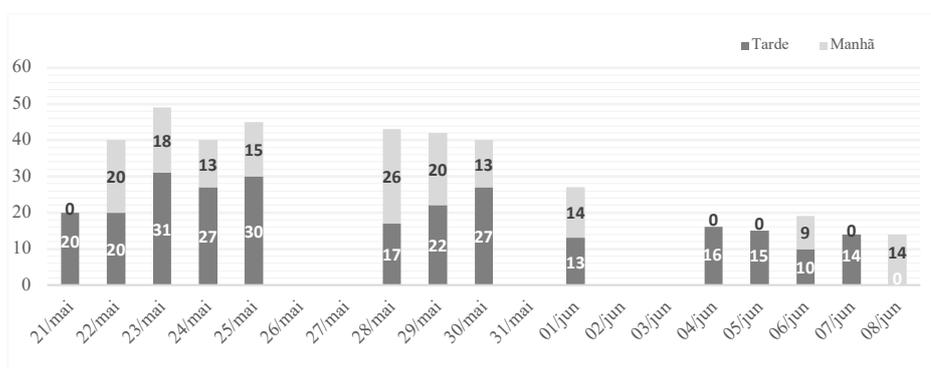


FIGURA 3.2 – Questionários entregues diariamente

### **3.7. Análise dos dados**

Uma vez seleccionada a amostra, procedeu-se à análise da mesma. Para o tratamento estatístico dos dados sociodemográficos optou-se por recorrer ao *software* SPSS, na versão 24 para *Windows*, no qual se realizou uma análise descritiva dos respondentes (Frequência). De seguida, foi analisada a distribuição das respostas aos itens das variáveis latentes (tendo em consideração a tendência central, a dispersão, a assimetria e o achatamento) através do *software* AMOS, na versão 23 para *Windows*. Uma vez concluída, foram adotados os procedimentos para avaliar a validade e fiabilidade das medidas, com base nos coeficientes de uma análise fatorial confirmatória que permitem calcular a Variância Extraída Média (VEM) e a Fiabilidade Compósita (FC). Finalmente o modelo estrutural foi avaliado igualmente através do *software* AMOS v.23.

# Capítulo IV

## Apresentação, Análise e Discussão dos Dados

[4.1] Caracterização da amostra

[4.2] Análise das variáveis

[4.3] Modelo de medida

[4.4] Modelo estrutural

[4.5] Discussão dos resultados do modelo e das hipóteses

## 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados. Numa primeira fase, apresenta-se a estatística descritiva como a caracterização dos inquiridos e das variáveis medidas. Seguidamente exibe-se a avaliação do modelo de medida através da validade e fiabilidade das escalas. Por fim, procede-se a análise do modelo estrutural, com o cálculo dos coeficientes das relações diretas entre as variáveis, de acordo com as hipóteses apresentadas no capítulo anterior.

### 4.1. Caracterização da amostra

No que toca ao género, verificou-se que o sexo feminino predominou neste estudo (63,4%). Como se pode visualizar na tabela 4.1, os restantes 36,6% correspondem ao sexo oposto.

TABELA 4.1 - Género do sujeito

		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	147	36,6	36,6
	Feminino	255	63,4	100,0
	Total	402	100,0	

Fonte: output SPSS

Quanto à faixa etária dos respondentes (Tabela 4.2), notou-se uma maior existência de indivíduos que possuíam uma idade entre os 30 e os 44 anos (32,6%) e entre os 45 e os 59 anos (30,8%). Não obstante, 18,9% dos respondentes tinham idade entre os 18 e os 29 anos, 13,7% possuíam idade entre os 60 e os 75 anos. Por fim, e com menor peso na investigação, os respondentes com idade superior a 75 anos representam 4%.

**TABELA 4.2 - Faixa etária do sujeito**

		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	18-29	76	18,9	18,9
	30-44	131	32,6	51,5
	45-59	124	30,8	82,3
	60-75	55	13,7	96,0
	>75	16	4,0	100,0
	Total	402	100,0	

Fonte: output SPSS

No que diz respeito à escolaridade, a maioria da amostra é representada por indivíduos com a escola secundária (46,8%), seguida daqueles com a licenciatura feita ou a ser terminada (29,9%). Por último, 10,9% dos inquiridos salientam que a sua escolaridade é apenas a escola primária, logo de seguida 10,2% indicam terem ou estarem a finalizar o mestrado e 2,2% referem ter outro tipo de diploma. Estes valores podem ser compreendidos pela tabela seguinte (Tabela 4.3).

**TABELA 4.3 - Escolaridade do sujeito**

		Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Válido	Escola Básica	44	10,9	10,9
	Escola Secundária	188	46,8	57,7
	Licenciatura	120	29,9	87,6
	Mestrado	41	10,2	97,8
	Outro	9	2,2	100,0
	Total	402	100,0	

Fonte: output SPSS

Quanto ao tempo em que o inquirido é utente da Instituição alvo de estudo (Tabela 4.4), verificou-se que a grande maioria dos respondentes já era paciente à mais de um ano (79,4%). Seguem-se aqueles que são pacientes a menos de 6 meses (8,2%) e aqueles que visitaram o hospital pela primeira vez (7,2%). Finalmente, 5,2% dos inquiridos afirmam serem utentes num espaço de 6 meses a um ano.

TABELA 4.4 - Tempo na Instituição

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Primeira visita	29	7,2	7,2
	< 6 meses	33	8,2	15,4
	6 meses - 1 ano	21	5,2	20,6
	> 1 ano	319	79,4	100,0
	Total	402	100,0	

Fonte: output SPSS

Para finalizar a caracterização da amostra, procurou-se saber se os inquiridos eram portadores de alguma limitação física (Tabela 4.5). Daqui, conclui-se que a maior parte dos utentes não têm qualquer limitação (82,85%). Daqueles que afirmaram tê-la, 7% salientam limitação visual, 4% tanto limitações auditivas como locomotoras e, por fim, 2,2% outro tipo de limitação não especificada nos questionários.

TABELA 4.5 - Limitações físicas

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido	Nenhuma	333	82,8	82,8
	Locomotores	16	4,0	86,8
	Auditivas	16	4,0	90,8
	Visuais	28	7,0	97,8
	Outra(s)	9	2,2	100,0
	Total	402	100,0	

Fonte: output SPSS

## 4.2. Análise das variáveis

### 4.2.1. Normalidade

Segundo Marôco (2014, p.62) “quando os métodos de estimação do modelo são o método de máxima verosimilhança ou o método dos mínimos quadrados generalizados é necessário que as variáveis manifestas apresentem distribuição normal multivariada”. A normalidade da distribuição pode ser detetada através do coeficiente de assimetria univariada ( $sk$ ) e pelo achatamento ou curtose univariado ( $ku$ ). Finney e DiStefano (2006) sugerem que os valores de  $sk$  e  $ku$  não devem ser, respetivamente,

superiores a 2 e a 7, já que indicam violação do pressuposto da normalidade e inadequação do método Máxima Verosimilhança para a estimação do modelo.

Para os dados deste estudo, são apresentados na Tabela 4.6, os valores mínimos e máximos de assimetria e achatamento, tal como os respectivos rácios críticos (C.R.) para as variáveis sob estudo.

Como se pode visualizar, os valores de assimetria ( $sk$ ) e achatamento ( $ku$ ) apresentam valores que não se afastam excessivamente dos valores considerados adequados para a assunção do pressuposto da normalidade: os coeficientes de assimetria variam entre -1,803 e -0,072 (distribuição assimétrica à esquerda para todos os itens) e os coeficientes de achatamento variam entre -0,837 e 4,781, com valores inferiores a 2 e 7 respetivamente.

**TABELA 4.6 - Avaliação de normalidade**

Variável	Valor Mín.	Valor Máx.	Assimetria ( $sk$ )		Achatamento ( $ku$ )	
			$sk$	c.r.	$ku$	c.r.
INTFUT5	1,000	5,000	-1,662	-13,606	3,642	14,904
INTFUT4	2,000	5,000	-0,990	-8,106	0,326	1,334
INTFUT3	1,000	5,000	-1,159	-9,490	1,114	4,559
INTFUT1	1,000	5,000	-1,019	-8,337	1,280	5,240
INTFUT2	1,000	5,000	-0,949	-7,765	1,129	4,620
SAT3	2,000	5,000	-1,082	-8,860	0,767	3,137
SAT1	2,000	5,000	-0,830	-6,790	0,129	0,529
SAT2	2,000	5,000	-0,860	-7,039	0,106	0,436
PERCEP3	2,000	5,000	-1,085	-8,883	0,834	3,412
PERCEP1	2,000	5,000	-0,881	-7,215	0,154	0,632
PERCEP2	1,000	5,000	-1,194	-9,777	2,065	8,45
MED1	1,000	5,000	-1,557	-12,741	3,245	13,28
MED2	2,000	5,000	-1,332	-10,905	1,220	4,995
MED3	3,000	5,000	-1,163	-9,523	0,357	1,463
MED4	2,000	5,000	-1,161	-9,507	0,553	2,263
STAFF1	1,000	5,000	-1,803	-14,757	4,781	19,566
STAFF2	1,000	5,000	-1,161	-9,502	1,289	5,276
STAFF3	1,000	5,000	-1,399	-11,448	2,327	9,525
STAFF4	1,000	5,000	-1,485	-12,154	2,759	11,29
SINAL1	2,000	5,000	-0,710	-5,809	0,146	0,597
SINAL2	2,000	5,000	-0,795	-6,505	0,142	0,581
SINAL3	2,000	5,000	-0,865	-7,078	0,260	1,065
SINAL4	2,000	5,000	-0,986	-8,074	0,517	2,115

HILI9	1,000	5,000	-1,559	-12,758	3,879	15,875
HILI8	3,000	5,000	-0,937	-7,668	-0,193	-0,790
HILI7	2,000	5,000	-1,072	-8,777	0,660	2,701
HILI6	1,000	5,000	-1,134	-9,281	1,849	7,566
HILI5	2,000	5,000	-1,022	-8,364	0,505	2,065
HILI1	2,000	5,000	-1,038	-8,498	0,710	2,905
HILI2	1,000	5,000	-1,214	-9,933	2,104	8,613
HILI3	3,000	5,000	-1,078	-8,822	0,068	0,277
HILI4	3,000	5,000	-0,650	-5,320	-0,562	-2,299
ESP1	2,000	5,000	-0,849	-6,947	0,122	0,498
ESP2	1,000	5,000	-0,986	-8,071	1,138	4,656
ACESS1	1,000	5,000	-0,625	-5,117	-0,362	-1,480
ACESS2	1,000	5,000	-0,072	-0,590	-0,837	-3,427
AMB1	2,000	5,000	-0,755	-6,183	-0,186	-0,76
AMB2	1,000	5,000	-1,317	-10,776	1,623	6,642
AMB3	1,000	5,000	-1,078	-8,824	1,289	5,274
AMB4	1,000	5,000	-1,125	-9,212	1,608	6,581
Multivariada					692,273	119,727

Fonte: output AMOS

#### 4.2.2. Valores extremos

Um *outliers* (observação que cai fora da tendência das restantes) univariado tem um valor extremo numa única variável. Já um *outlier* multivariado tem valores extremos em duas ou mais variáveis ou o padrão de valores é diferente. A sua eliminação pode contribuir para a normalidade multivariada, mas também pode levar à perda de informação essencial mesmo que satisfaça o pressuposto da normalidade multivariada dos dados.

A distância de Mahalanobis ( $D^2$ ) pode ser utilizada para diagnosticar a (in)existência de *outliers*. Por isso, de seguida são apresentados (Tabela 4.7) as observações mais distantes do centróide (Distância quadrada de Mahalanobis). Dado que os primeiros 37 casos apresentam valores  $D^2$  mais distantes das restantes, sugerindo que estas observações são *outliers*, procedeu-se à sua exclusão. Porém, a reanálise do modelo sem estes casos não conduziu a resultados muito díspares daqueles obtidos com as mesmas, pelo que se optou por reportar os resultados com essas observações.

TABELA 4.7 - Distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ )

Observações	$D^2$	p1	p2	Observações	$D^2$	p1	p2
101	205,155	0,000	0,000	252	70,417	0,002	0,000
225	186,616	0,000	0,000	396	69,485	0,003	0,000
397	128,973	0,000	0,000	61	69,046	0,003	0,000
372	128,511	0,000	0,000	153	68,990	0,003	0,000
363	122,342	0,000	0,000	336	68,195	0,004	0,000
116	121,899	0,000	0,000	104	67,653	0,004	0,000
379	117,404	0,000	0,000	72	67,646	0,004	0,000
399	110,589	0,000	0,000	63	67,365	0,004	0,000
179	109,869	0,000	0,000	29	67,237	0,004	0,000
69	103,483	0,000	0,000	103	66,847	0,005	0,000
215	103,415	0,000	0,000	282	66,673	0,005	0,000
81	102,658	0,000	0,000	361	65,340	0,007	0,000
205	102,078	0,000	0,000	31	64,475	0,008	0,000
302	100,931	0,000	0,000	316	64,465	0,008	0,000
157	100,353	0,000	0,000	209	64,167	0,009	0,000
305	95,121	0,000	0,000	234	64,107	0,009	0,000
126	91,056	0,000	0,000	87	63,441	0,011	0,000
112	89,855	0,000	0,000	2	63,193	0,011	0,000
390	89,686	0,000	0,000	182	63,109	0,011	0,000
366	89,026	0,000	0,000	122	62,306	0,014	0,000
143	87,803	0,000	0,000	170	62,095	0,014	0,000
241	86,815	0,000	0,000	254	62,092	0,014	0,000
30	86,707	0,000	0,000	198	61,003	0,018	0,000
307	85,522	0,000	0,000	393	60,690	0,019	0,000
75	85,150	0,000	0,000	37	60,153	0,021	0,000
12	84,443	0,000	0,000	341	59,944	0,022	0,000
333	84,218	0,000	0,000	48	58,576	0,029	0,000
319	83,162	0,000	0,000	186	57,966	0,033	0,000
113	82,322	0,000	0,000	49	57,884	0,033	0,000
117	82,177	0,000	0,000	211	57,834	0,034	0,000
289	80,230	0,000	0,000	82	57,673	0,035	0,000
313	79,755	0,000	0,000	138	57,538	0,036	0,000
58	79,672	0,000	0,000	233	57,054	0,039	0,000
17	79,140	0,000	0,000	140	57,023	0,039	0,000
97	77,526	0,000	0,000	332	56,938	0,040	0,000
296	77,315	0,000	0,000	314	56,929	0,040	0,000
242	76,310	0,000	0,000	369	56,922	0,040	0,000
135	75,429	0,001	0,000	269	56,767	0,041	0,000
208	74,933	0,001	0,000	184	56,703	0,042	0,000
293	74,836	0,001	0,000	152	56,320	0,045	0,000
328	74,692	0,001	0,000	360	56,102	0,047	0,000
74	74,580	0,001	0,000	18	55,913	0,049	0,000
162	73,864	0,001	0,000	278	55,673	0,051	0,000

301	73,659	0,001	0,000	306	55,410	0,053	0,000
158	71,492	0,002	0,000	21	55,226	0,055	0,000
261	71,102	0,002	0,000	178	55,087	0,057	0,000
23	71,095	0,002	0,000	51	54,793	0,060	0,000
273	70,945	0,002	0,000	73	54,764	0,060	0,000
174	70,754	0,002	0,000	5	54,400	0,064	0,000
252	70,417	0,002	0,000	284	54,304	0,065	0,000
396	69,485	0,003	0,000	159	53,756	0,072	0,000

Fonte: output AMOS

### 4.3. Modelo de medida

O modelo de medida foi representado em 10 dimensões e 40 itens. A análise fatorial confirmatória da estrutura do modelo (Figura 4.1) indica que o modelo original apresenta um ajustamento sofrível em dois índices ( $\chi^2/df= 2.433$ ; GFI= 0.825), bom em outros dois índice (CFI= 0.932; PGFI= 0.700), muito bom no índice PCFI (= 0.830) e aceitável no índice RMSEA (=0.06) à amostra sob estudo, sugerindo que o modelo pode ser aperfeiçoado. Em contrapartida, a análise apresenta pesos fatoriais elevados ( $\lambda \geq 0.5$ ) e fiabilidades individuais adequadas ( $R^2 \geq 0.25$ ) para todos os itens.

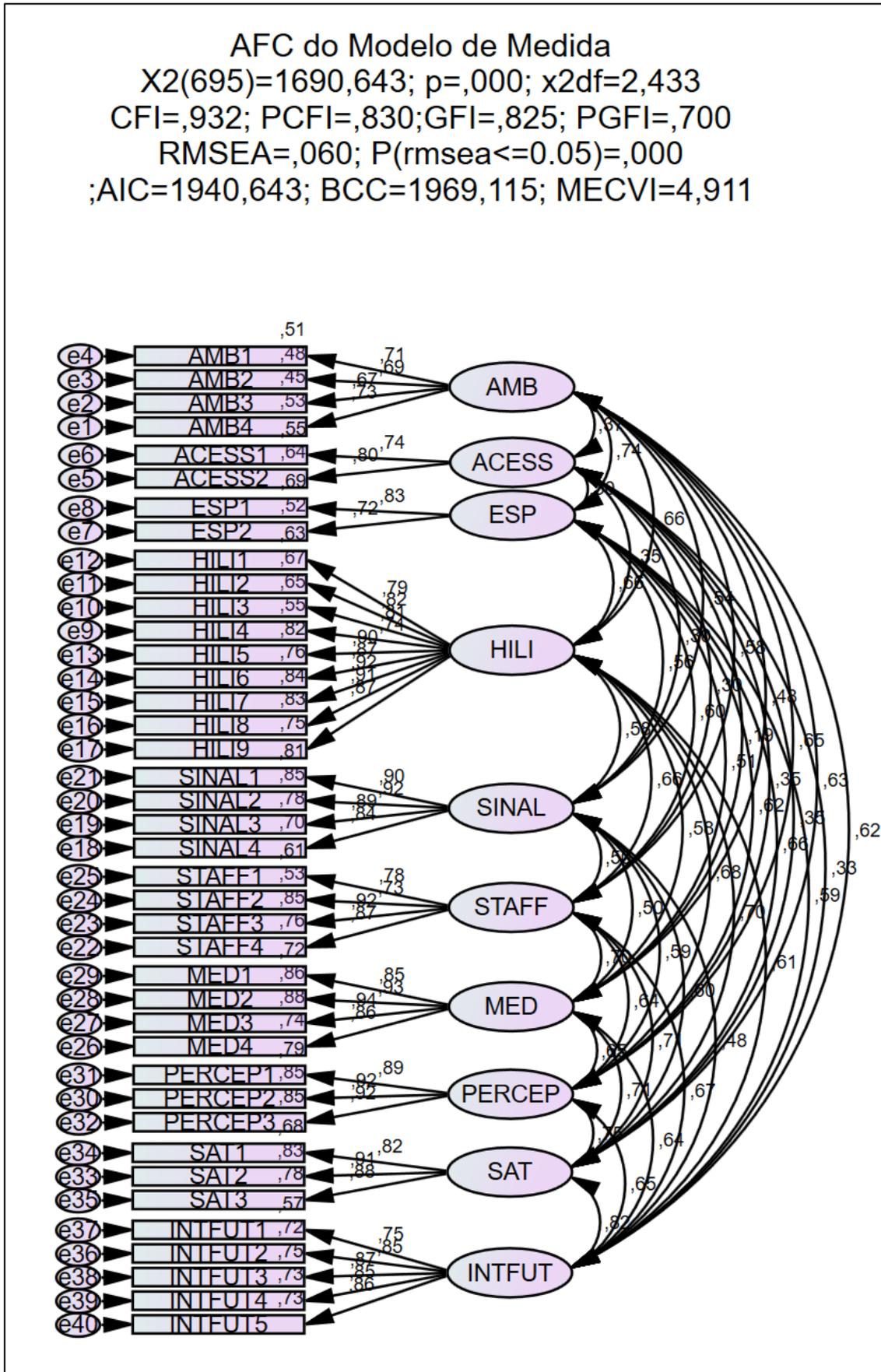


FIGURA 4.1 - Pesos fatoriais, fiabilidades individuais de cada item em cada fator e correlações entre fatores do modelo de medida

Uma modificação foi realizada ao modelo de medida (Figura 4.2) de modo a melhorar os índices de qualidade de ajustamento. Para tal, foi tomada em consideração os Índices de Modificação ( $IM > 11$ ,  $p < 0.001$ ), onde se correlacionaram, num total de 7 e ordenadamente, os seguintes erros: e38-e39; e36-e37; e11-e12; e10-e11; e2-e3; e3-e4 e e35-e34. O novo modelo apresenta valores que refletem um bom ajustamento ( $\chi^2/df = 1,950$ ; GFI= 0,857;  $P[\text{rmsea} \leq 0.05] = 0.710$ ; CFI= 0.955; PGFI= 0.719; PCFI= 0.843; RMSEA=0.049).

Como se pode visualizar, o modelo conta igualmente com pesos fatoriais e fiabilidades individuais aceitáveis. De salientar também uma diferença significativa da qualidade de ajustamento do modelo atual ao do original ( $\chi^2_{dif}(7) = 349.113$ ).

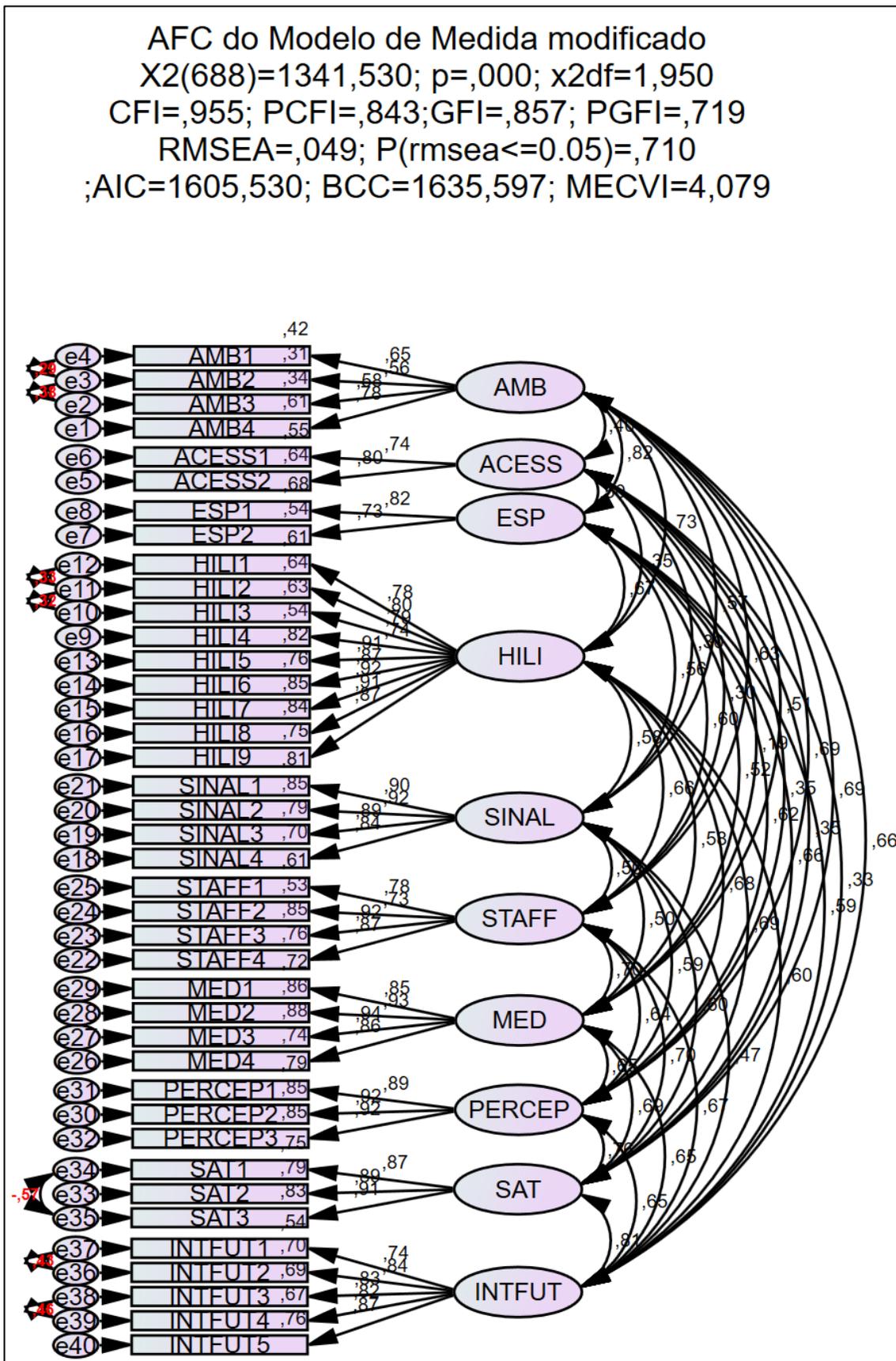


FIGURA 4.2 - Pesos fatoriais, fiabilidades individuais de cada item em cada fator e correlações entre fatores do modelo de medida modificado

A Tabela 4.8 apresenta, de forma resumida, os valores para as duas tentativas de ajustamento ao modelo.

**TABELA 4.8 – Valores das medidas de ajustamento para a amostra de validação**

Índice	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	$\chi^2/df$	<i>CFI</i>	<i>PCFI</i>	<i>GFI</i>	<i>PGFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>MECVI</i>
<b>Modelo Original</b>	1690.643	695	0.000	2.4333*	0.932**	0.830***	0.825*	0.700**	0.060	4.911
<b>Modelo Modificado</b>	1341.530	688	0.000	1.950**	0.955***	0.843***	0.857*	0.719**	0.049	4.079

\* - Ajustamento sofrível; \*\* - Ajustamento bom; \*\*\* - Ajustamento muito bom.

Os resultados para o Ambiente (AMB) sugerem uma boa validade e fiabilidade para os itens AMB4 (“O cheiro é satisfatório”) e AMB1 (“A temperatura é satisfatória”), tendo os pesos fatoriais mais elevados desta dimensão (0.78 e 0.65 respetivamente). AMB3 (“O ruído não me perturba”) com peso fatorial de 0.58, e AMB2 (“O ar-condicionado não me perturba”) com peso fatorial de 0.56 apresentam validade e fiabilidade reduzidos, mas aceitáveis.

Os itens do fator Acessibilidade (ACCESS) sugerem igualmente uma boa validade e fiabilidade para ambos os itens: ACCESS2 (“Foi fácil estacionar o carro no estacionamento circundante”) um peso fatorial de 0.74 e ACCESS1 (“Foi fácil entrar no hospital a partir do estacionamento circundante”) apresenta um peso fatorial de 0.80.

Quanto à dimensão referente ao Espaço (ESP), os pesos fatoriais dos itens ESP1 (“Os equipamentos funcionam corretamente”) e ESP2 (“As decorações são agradáveis”) revelam boa fiabilidade e validade, apresentando valores de 0.82 e de 0.73 respetivamente.

Os resultados para a dimensão Higiene e Limpeza (HILI), aquela que apresenta mais número de itens, sugerem boa validade e fiabilidade para todas as variáveis. Aqueles com maior convergência neste fator são HILI7 (“As áreas de espera estão limpas”) e HILI8 (“No geral, o hospital está limpo”), ambos com um peso fatorial de 0.92, e HILI5 (“Os corredores do hospital estão limpos”) com um peso fatorial de 0.91. Seguem-se os itens HILI6 (“As entradas e saídas do hospital estão limpas”) e HILI9 (“As roupas dos funcionários estão limpas”) com peso fatorial de 0.87, e HILI2 (As casas de banho estão

limpas”) HILI3 (“As salas de consulta/exames estão limpas”) com um peso fatorial de 0.80. HILI1 (“Todas as partes do hospital estão limpas”) e HILI4 (“As áreas das refeições estão limpas”) indicam, embora com valores aceitáveis, os pesos fatoriais mais baixos ( $\lambda=0.78$  e  $\lambda=0.74$ , respetivamente).

Para a dimensão alusiva à Sinalização (SINAL) podemos assistir igualmente a uma boa validade e fiabilidade dos itens. SINAL2 (“Conseguir ver a sinalização no hospital”) apresentou o peso fatorial maior ( $\lambda=0.92$ ), seguidos de SINAL1 (“A sinalização no hospital é adequada”) e SINAL3 (“Conseguir facilmente entender a sinalização no hospital”) apresentaram pesos fatoriais de 0.90 e 0.89 respetivamente. Por fim, o item SINAL4 (“Graças à sinalização, consegui encontrar o meu caminho pelo hospital”) indicou um peso fatorial de 0.84.

Os itens do fator Serviços do Staff (STAFF) apresentam valores aceitáveis tanto nos pesos fatoriais como nas fiabilidades individuais: STAFF3 (“Os funcionários foram úteis”) e STAFF4 (“Tive respostas satisfatórias para as minhas perguntas”) são aqueles que apresentam pesos fatoriais mais elevados ( $\lambda=0.92$  e  $\lambda=0.87$ , respetivamente). STAFF1 (“O(A) rececionista foi simpático(a) para comigo”), com um valor de 0.78, e STAFF 2 (“Não esperei muito tempo para ser atendido(a) pelo(a) rececionista”), com um valor de 0.73, foram os itens com pesos fatoriais mais baixos.

Para a dimensão Serviços Médicos (MED), MED3 (“O(A) médico(a) que me atendeu foi simpático(a) para comigo”) e MED2 (“O(A) médico(a) que me atendeu tratou-me bem”) foram os itens que apresentam pesos fatoriais mais elevados (0.94 e 0.93 respetivamente). MED4 (“Os esclarecimentos do(a) médico(a) que me atendeu foram adequados”) com um peso fatorial de 0.86 e MED1 (“O(A) médico(a) que me atendeu tem autoconfiança”) com um peso fatorial 0.85 foram os itens que mostraram pesos fatoriais mais baixos, mesmo assim significativo.

Os resultados do fator Perceção do utente ao *Healthscape* (PERCEP) sugerem ótima validade e fiabilidade dos itens. PERCEP2 (“No geral, o ambiente não é incomodativo”) e PERCEP3 (“No geral, o ambiente é satisfatório”) indicam os pesos fatoriais de 0.92, enquanto o item PERCEP1 (“Durante a minha presença no hospital senti-me confortável”) apresentou um peso fatorial de 0.89.

A dimensão que retrata a Satisfação (SAT) indica pesos fatoriais dos itens elevados e muito próximos entre eles: SAT3 (“Estou satisfeito(a) com o staff (administrativos, rececionista, etc.) deste hospital”) apresentou um peso fatorial de 0.91, enquanto o SAT2 (“Estou satisfeito com os serviços médicos deste hospital”) e SAT1 (“Estou satisfeito(a) com o ambiente deste hospital”) indicaram pesos fatoriais de 0.89 e 0.87 respetivamente.

Por fim, os resultados da dimensão Intenções Futuras (INTFUT) sugerem também um boa validade e fiabilidade dos itens. INTFUT5 (“Estou disposto(a) a recomendar este hospital a outras pessoas (familiares, amigos ou colegas) que procuram o meu conselho”) e INTFUT2 (“Este hospital será a minha primeira escolha no futuro”) foram os itens com pesos fatoriais mais elevados ( $\lambda=0.87$  e  $\lambda=0.84$ , respetivamente). De seguida os itens INTFUT3 (“Poderei voltar a este hospital para o mesmo serviço”) e INTFUT4 (“Poderei voltar a este hospital para este outro tipo de consulta”) apresentam pesos fatoriais de 0.83 e 0.82 respetivamente. Finalmente, o item INTFUT1 (“Quando considero o nível de serviço que recebi, não tenciono visitar outro hospital senão este”) foi aquele que apresentou o valor mais baixo ( $\lambda=0.74$ ).

A Tabela 4.9 apresenta os valores calculados de variância extraída média (VEM) e de fiabilidade compósita (FC) dos dez *constructos*. Decidiu-se também incluir no mesmo os valores de Alfa de Cronbach calculados com recurso ao *software* SPSS.

TABELA 4.9 - Fiabilidade e validade convergente do modelo de medida

Item	Coefficiente estandardizado estimado	VEM	FC	Alfa de Cronbach
<b>Ambiente (AMB)</b>				
AMB1	0.65	<b>0.42</b>	<b>0.74</b>	<b>0.79</b>
AMB2	0.56			
AMB3	0.58			
AMB4	0.78			
<b>Acessibilidade (ACESS)</b>				
ACESS1	0.74	<b>0.59</b>	<b>0.75</b>	<b>0.74</b>
ACESS2	0.80			
<b>Espaço (ESP)</b>				
ESP1	0.82	<b>0.60</b>	<b>0.75</b>	<b>0.75</b>
ESP2	0.73			
<b>Higiene e Limpeza (HILI)</b>				
HILI1	0.78	<b>0.72</b>	<b>0.96</b>	<b>0.96</b>
HILI2	0.80			
HILI3	0.79			
HILI4	0.74			
HILI5	0.91			
HILI6	0.87			
HILI7	0.92			
HILI8	0.91			
HILI9	0.87			
<b>Sinalização (SINAL)</b>				
SINAL1	0.90	<b>0.79</b>	<b>0.94</b>	<b>0.93</b>
SINAL2	0.92			
SINAL3	0.89			
SINAL4	0.84			
<b>Serviços do Staff (STAFF)</b>				
STAFF1	0.78	<b>0.69</b>	<b>0.90</b>	<b>0.89</b>
STAFF2	0.73			
STAFF3	0.92			
STAFF4	0.87			
<b>Serviços Médicos (MED)</b>				
MED1	0.85	<b>0.80</b>	<b>0.94</b>	<b>0.94</b>
MED2	0.93			
MED3	0.94			
MED4	0.86			
<b>Perceção do Utente ao <i>Healthscape</i> (PERCEP)</b>				
PERCEP1	0.89	<b>0.83</b>	<b>0.94</b>	<b>0.94</b>
PERCEP2	0.92			
PERCEP3	0.92			
<b>Satisfação (SAT)</b>				
SAT1	0.87	<b>0.79</b>	<b>0.92</b>	<b>0.90</b>
SAT2	0.89			
SAT3	0.91			
<b>Intenções Futuras (INTFUT)</b>				
INTFUT1	0.74	<b>0.67</b>	<b>0.91</b>	<b>0.92</b>
INTFUT2	0.84			
INTFUT3	0.83			
INTFUT4	0.82			
INTFUT5	0.87			

Fonte: output AMOS

Da análise dos resultados é possível verificar que a fiabilidade de *constructo* é superior a 0,7 em todos os fatores, sendo respetivamente de 0.74, 0.75, 0.75, 0.96, 0.94, 0.90, 0.94, 0.94, 0.92 e 0,91 para o AMB, ACESS, ESP, HILI, SINAL, STAFF, MED, PERCEP, SAT e INTFUT. Os valores de Alfa de Cronbach também excedem o valor recomendado de 0.7, sugerindo uma boa fiabilidade dos *constructos*. A variância média extraída (VEM) foi, respetivamente, de 0.42, 0.59, 0.60, 0.72, 0.79, 0.69, 0.80, 0.83, 0.79 e 0.67 para o AMB, ACESS, ESP, HILI, SINAL, STAFF, MED, PERCEP, SAT e INTFUT, atestando a validade convergente para todos eles exceto para o fator AMB (cuja VEM < 0.5). No entanto, decidiu-se tê-lo em consideração nesta fase. A validade discriminante foi avaliada através da VEM por fator e das respetivas correlações ( $r_{ij}$ ) entre os pares de fatores (Tabela 4.10).

**TABELA 4.10 - Validade discriminante do modelo de medida**

<b>Constructo</b>		<i>AMB</i>	<i>ACESS</i>	<i>ESP</i>	<i>HILI</i>	<i>SINAL</i>	<i>STAFF</i>	<i>MED</i>	<i>PERCEP</i>	<i>SAT</i>	<i>INTFUT</i>
<b>VEM</b>		<b>0.42</b>	<b>0.59</b>	<b>0.60</b>	<b>0.72</b>	<b>0.79</b>	<b>0.69</b>	<b>0.80</b>	<b>0.83</b>	<b>0.79</b>	<b>0.67</b>
AMB	$r_{ij}$										
	$r_{ij}^2$										
	<b>Condição</b>										
ACESS	$r_{ij}$	0.40									
	$r_{ij}^2$	0.16									
	<b>Condição</b>	<i>Verificada</i>									
ESP	$r_{ij}$	0.82	0.50								
	$r_{ij}^2$	0.67	0.25								
	<b>Condição</b>	<i>N. Verific.</i>	<i>Verificada</i>								
HILI	$r_{ij}$	0.73	0.35	0.67							
	$r_{ij}^2$	0.53	0.12	0.45							
	<b>Condição</b>	<i>N. Verific.</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>							
SINAL	$r_{ij}$	0.58	0.30	0.56	0.58						
	$r_{ij}^2$	0.34	0.10	0.31	0.34						
	<b>Condição</b>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>						
STAFF	$r_{ij}$	0.63	0.30	0.61	0.66	0.50					
	$r_{ij}^2$	0.40	0.10	0.37	0.44	0.25					
	<b>Condição</b>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>					
MED	$r_{ij}$	0.52	0.19	0.51	0.58	0.50	0.70				
	$r_{ij}^2$	0.27	0.04	0.26	0.34	0.25	0.49				
	<b>Condição</b>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>	<i>Verificada</i>				
PERCEP	$r_{ij}$	0.69	0.35	0.62	0.68	0.59	0.64	0.65			
	$r_{ij}^2$	0.48	0.12	0.38	0.46	0.35	0.41	0.42			
	<b>Condição</b>	<i>N. Verific.</i>	<i>Verificada</i>								
SAT	$r_{ij}$	0.69	0.35	0.66	0.69	0.60	0.70	0.69	0.76		
	$r_{ij}^2$	0.48	0.12	0.44	0.48	0.36	0.49	0.48	0.58		
	<b>Condição</b>	<i>N. Verific.</i>	<i>Verificada</i>								

INTFUT	$r_{ij}$	0.66	0.33	0.59	0.60	0.47	0.67	0.65	0.65	0.81	
	$r_{ij}^2$	0.44	0.11	0.35	0.36	0.22	0.45	0.42	0.42	0.66	
	Condição	N. Verific.	Verificada								

Fonte: Output AMOS

Relativamente à validade divergente, pode-se afirmar que existe validade discriminante para a maioria das relações (as VEM dos fatores devem ser superiores ou iguais ao quadrado da correlação entre esses fatores), exceto para os pares de fatores AMB-ESP, AMB-HILI, AMB-PERCEP, AMB-SAT e AMB-INTFUT ( $r_{ij}^2 > VEM$ ). Porém, decidiu-se recorrer ao teste de diferença do  $X^2$  entre o modelo com correlação entre fatores fixa em 1 ( $X_r^2$ ) e o modelo não restrito ( $X_u^2$ ). Foi utilizado novamente o *software* AMOS para recorrer a este teste.

i) *Validade discriminante do par de fatores AMB-ESP*

$$\Delta X^2 = X_r^2 - X_u^2 = 1493.933 - 1341.530 = 152.403$$

com  $690 - 688 = 2$  graus de liberdade

Para  $\alpha = 0.05$ , sendo  $\Delta X^2 = 152.403 > X_{0.95(2)}^2 = 5.991$

Assim sendo, assumindo um nível de significância de 0.05, podemos afirmar que a correlação entre os dois fatores é significativamente diferente de 1, o que é indicador de validade discriminante dos fatores.

ii) *Validade discriminante do par de fatores AMB-HILI*

$$\Delta X^2 = X_r^2 - X_u^2 = 1580.481 - 1341.530 = 238.951$$

com  $690 - 688 = 2$  graus de liberdade

Para  $\alpha = 0.05$ , sendo  $\Delta X^2 = 238.951 > X_{0.95(2)}^2 = 5.991$

Assim sendo, assumindo um nível de significância de 0.05, podemos afirmar que a correlação entre os dois fatores é significativamente diferente de 1, o que é indicador de validade discriminante dos fatores.

iii) *Validade discriminante do par de fatores AMB-PERCEP*

$$\Delta X^2 = X_r^2 - X_u^2 = 1579.664 - 1341.530 = 238.134$$

com  $690 - 688 = 2$  graus de liberdade

$$\text{Para } \alpha = 0.05, \text{ sendo } \Delta X^2 = 238.134 > X_{0.95(2)}^2 = 5.991$$

Assim sendo, assumindo um nível de significância de 0.05, podemos afirmar que a correlação entre os dois fatores é significativamente diferente de 1, o que é indicador de validade discriminante dos fatores.

iv) *Validade discriminante do par de fatores AMB-SAT*

$$\Delta X^2 = X_r^2 - X_u^2 = 1575.804 - 1341.530 = 234.274$$

com  $692 - 690 = 2$  graus de liberdade

$$\text{Para } \alpha = 0.05, \text{ sendo } \Delta X^2 = 234.274 > X_{0.95(2)}^2 = 5.991$$

Assim sendo, assumindo um nível de significância de 0.05, podemos afirmar que a correlação entre os dois fatores é significativamente diferente de 1, o que é indicador de validade discriminante dos fatores.

v) *Validade discriminante do par de fatores AMB-INTFUT*

$$\Delta X^2 = X_r^2 - X_u^2 = 1561.727 - 1341.530 = 220.197$$

com  $692 - 690 = 2$  graus de liberdade

$$\text{Para } \alpha = 0.05, \text{ sendo } \Delta X^2 = 220.197 > X_{0.95(2)}^2 = 5.991$$

Assim sendo, assumindo um nível de significância de 0.05, podemos afirmar que a correlação entre os dois fatores é significativamente diferente de 1, o que é indicador de validade discriminante dos fatores.

#### 4.4. Modelo estrutural

A qualidade do ajustamento do modelo causal foi feita de acordo com os índices de qualidade de ajustamento e respetivos valores de referência. A significância das trajetórias foi avaliada com um teste Z aos rácios críticos. Calculou-se ainda o RNFI para avaliar a qualidade do modelo estrutural global. Considerou-se que  $RNFI > 0.8$  é indicador de um bom ajustamento. Consideram-se, também significativas as trajetórias com  $p < 0.005$ .

A Figura 4.3 apresenta as estimativas estandardizadas das equações estruturais obtidas pelo método de verossimilhança (ML). Como se pode verificar, o modelo estrutural apresenta ligeiras alterações aos índices de qualidade de ajustamento do modelo de medida ( $\chi^2/df=1.968$ ; CFI=0.954; PCFI=0.851; GFI=0.856; PGFI=0.726; RMSEA=0.049;  $P[rmsea \leq 0.05]=0.639$ ), tendo também valores maiores de AIC, BCC e MECVI (1617.910, 1646.154 e 4.105, respetivamente) do que o modelo de medida. O RNFI calculado apresenta um valor de 0.92, o que indica um bom ajustamento. O modelo ajustado explica 68% da variabilidade das opiniões relativas às intenções futuras.

Análise Modelo Estrutural

$X^2(696)=1369,910$ ;  $p=,000$ ;  $x^2df=1,968$   
 $CFI=,954$ ;  $PCFI=,851$ ;  $GFI=,856$ ;  $PGFI=,726$   
 $RMSEA=,049$ ;  $P(rmsea \leq 0.05)=,639$   
 $AIC=1617,910$ ;  $BCC=1646,154$ ;  $MECVI=4,105$

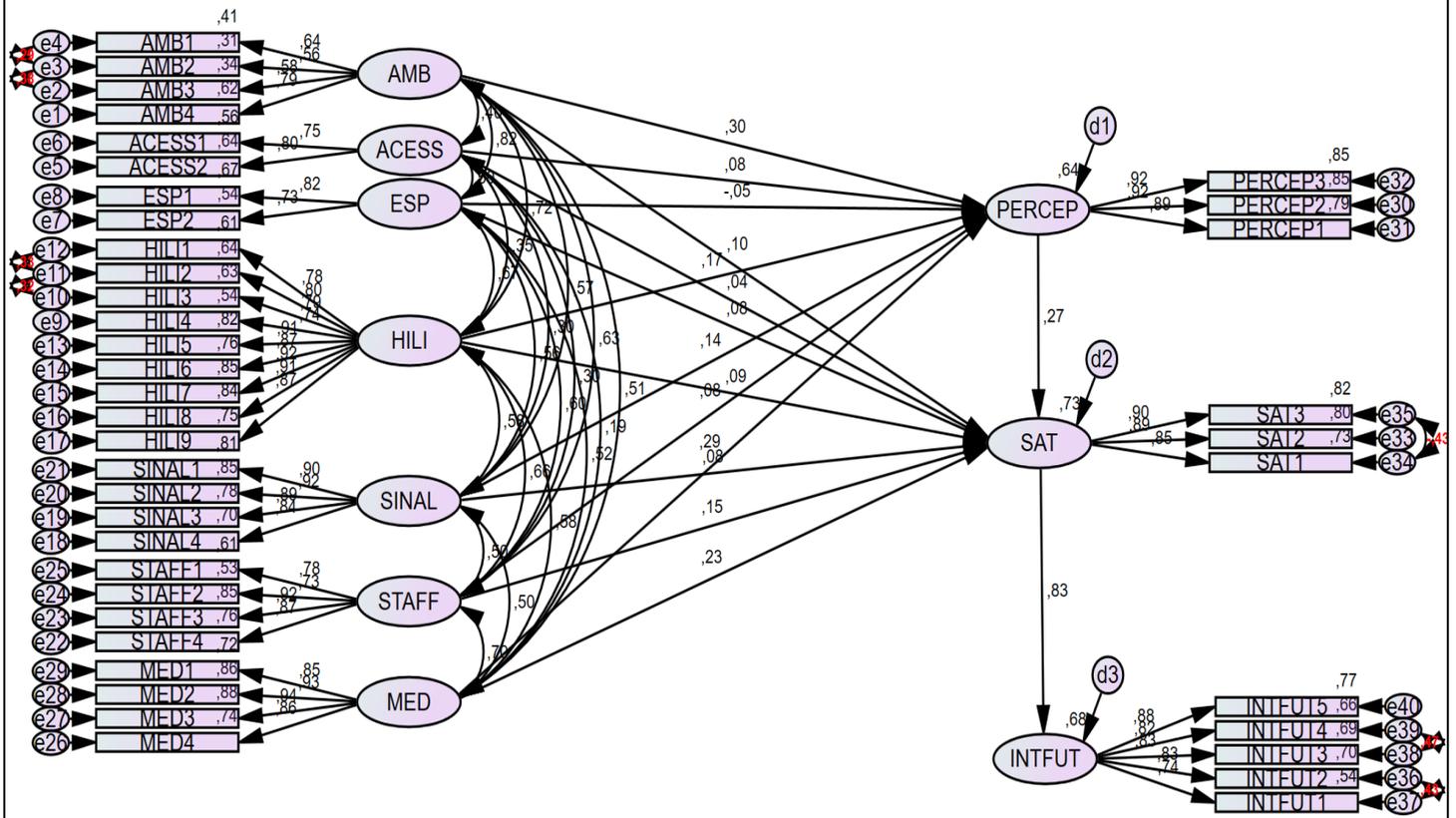


FIGURA 4.3 – Pesos fatoriais e fiabilidades individuais de cada item em cada fator e trajetórias do modelo estrutural

A solução estandardizada estimada pelo AMOS é usada para interpretar os resultados das relações estruturais e está resumida na Tabela 4.11.

TABELA 4.11–Estimativas do modelo estrutural

Hipóteses	Relações de dependência	$B$ (Est. não estand.)	$\beta$ (Est. Estand.)	Z	p-value	
H1	a)	AMB ->PERCEP	0.273	0.300	2.547	0.011*
	b)	ACESS ->PERCEP	0.047	0.075	1.495	0.135**
	c)	ESP -> PERCEP	-0.045	-0.048	-0.441	0.659**
	d)	HILI ->PERCEP	0.192	0.170	2.661	0.008*
	e)	SINAL ->PERCEP	0.117	0.138	2.842	0.004*
H2	a)	STAFF ->PERCEP	0.070	0.081	1.285	0.199**
	b)	MED -> PERCEP	0.283	0.285	5.101	***
H3	a)	AMB ->SAT	0.087	0.104	1.030	0.303**
	b)	ACESS ->SAT	0.021	0.037	0.852	0.394**
	c)	ESP ->SAT	0.068	0.078	0.848	0.394**
	d)	HILI ->SAT	0.097	0.093	1.724	0.085**
	e)	SINAL ->SAT	0.062	0.079	1.880	0.060**
H4	a)	STAFF ->SAT	0.123	0.153	2.845	0.004*
	b)	MED ->SAT	0.214	0.233	4.561	***
H5		PERCEP ->SAT	0.247	0.268	0.052	***
H6		SAT -> INTFUT	0.897	0.827	0.056	***

Fonte: Output AMOS

\* -  $p < 0.05$

\*\* -  $p > 0.05$

\*\*\* -  $p < 0.001$

A análise das trajetórias entre os fatores revelou que a trajetória “Satisfação do utente – Intenções futuras” é a que representa maior peso ( $B_{SAT.INTFUT} = 0.897$ ;  $\beta_{SAT.INTFUT} = 0.827$ ), seguida pelas trajetórias “Ambiente – Percepção do utente ao *Healthscape*” ( $B_{AMB.PERCEP} = 0,273$ ;  $\beta_{AMB.PERCEP} = 0.300$ ;  $p = 0.011$ ), “Serviços médicos – Percepção do utente ao *Healthscape*” ( $B_{MED.PERCEP} = 0,283$ ;  $\beta_{MED.PERCEP} = 0.285$ ), “Percepção do utente ao *Healthscape* – Satisfação do utente” ( $B_{PERCEP.SAT} = 0.247$ ;  $\beta_{PERCEP.SAT} = 0.268$ ) e “Serviços médicos – Satisfação do utente” ( $B_{MED.SAT} = 0.214$ ;  $\beta_{MED.SAT} = 0.233$ ). De salientar ainda as trajetórias “Higiene e Limpeza – Percepção do utente ao *Healthscape*”, “Serviços do Staff – Satisfação do utente” e “Sinalização – Percepção do utente ao *Healthscape*”, cujas estimativas são, respetivamente, 0.170, 0.153 e 0.138. Todas estas trajetórias indicaram bons níveis de significância ( $p < 0.05$ ).

Em contrapartida, todas as outras trajetórias apresentaram fracos pesos. “Higiene e Limpeza – Satisfação do utente”, “Ambiente – Satisfação do utente” e “Serviços do

Staff – Percepção do utente ao *Healthscape*” são as trajetórias que se seguem, contudo revelaram-se não significativas ( $p > 0.05$ ). Sucederam-se as trajetórias “Espaço – Satisfação do utente”, “Sinalização – Satisfação do utente”, “Acessibilidade – Percepção do utente ao *Healthscape*” e “Acessibilidade – Satisfação do utente” com estimativas a variarem de 0.079 e 0.037. Por fim, “Espaço – Percepção do utente ao *Healthscape*” revelou-se a pior trajetória, indicando um coeficiente negativo (-0.441) e um nível de significância muito distante ( $p = 0.659 > 0.05$ ).

#### **4.5. Discussão dos resultados do modelo e das hipóteses**

A análise efetuada ao impacto do *healthscape* na satisfação e intenção comportamental dos utentes permitiu retirar algumas considerações quanto ao grupo de hipóteses H1 que pretende verificar a relação entre as dimensões físicas do *healthscape* e a percepção dos utentes. Os resultados permitem validar parcialmente H1.

Relativamente aos aspetos que não permitem esta validação verificam-se as dimensões ACCESS e ESP (H1b e H1c, respetivamente). É assim possível afirmar que não existe carga significativa da acessibilidade e do espaço na percepção do utente ao *healthscape*. Já no que respeita aos aspetos que permitem validar H1, estes encontram-se ao nível do AMB, HILI e SINAL. Através destes resultados, verificou-se que as restantes dimensões (ambiente, higiene e limpeza e sinalização) estão positivamente relacionadas com a percepção do utente.

No que toca à dimensão ambiente (H1a) os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de Cadirci e Akmaz (2017), no qual verificaram que esta dimensão foi uma das mais influentes na percepção dos utentes ao *healthscape*. Wu, Robison e Hollis (2013) indicam no seu estudo que a sinalização e as ferramentas de *wayfinding* fazem com que menos utentes se atrasem, melhoram a sua satisfação e reduzem o tempo despendido pelo *staff* para fornecer indicações. Quanto à dimensão higiene e limpeza (H1d), os resultados indicam uma semelhança aos encontrados em Pai e Chary (2013), no qual ficou salientado uma melhor percepção dos utentes a este fator e ao ambiente do que, por exemplo, ao fator espaço.

Assim sendo, do conjunto H1, validaram-se as seguintes hipóteses:

- **H1a:** *O ambiente está positivamente relacionado com a percepção dos utentes ao healthscape.*
- **H1d:** *A higiene e a limpeza estão positivamente relacionadas com a percepção dos utentes ao healthscape.*
- **H1e:** *A sinalização está positivamente relacionada com a percepção dos utentes ao healthscape.*

O grupo de hipóteses H2 incidiu sobre a possibilidade do *healthscape* social estar positivamente relacionado com a percepção dos utentes. Pelos resultados obtidos concluiu-se que apenas os serviços médicos tiveram maior atenção e apreciação pela parte do público. Cadirci e Akmaz (2017) indicaram que os fatores sociais foram dos que tiveram maior impacto na percepção dos utentes. Os resultados deste estudo, provenientes das interações entre o consumidor e o funcionário (Bitner, 1992), podem ser provenientes da possibilidade de tanto o staff como os utentes terem necessidades e desejos diferentes para os seus ambientes físicos. De igual modo, um ambiente propício às necessidades individuais de trabalho de um funcionário pode não aumentar a capacidade de comunicar e interagir com os utentes (Baker, Berry e Parasuraman, 1988), ou seja, esta poderá ter sido uma razão para a não validação da hipótese H2a.

Posto validou-se a seguinte hipótese:

- **H2b:** *Os serviços médicos estão positivamente relacionados com a percepção dos utentes ao healthscape.*

Procurou-se através do grupo de hipóteses H3 perceber se o *healthscape* físico (que inclui as dimensões referentes ao ambiente, à acessibilidade, ao espaço, à higiene e à limpeza e à sinalização) está diretamente relacionado com a satisfação do utente. Da análise realizada, não se validou o grupo de hipóteses H3. Uma possível justificação pode ser de que os resultados da relação entre o *healthscape* físico e a satisfação surgem da percepção do utente e não diretamente de ambos. Mais se acrescenta que tanto Bitner (1992) como Cadirci e Akmaz (2017) não apresentam nos seus trabalhos essa relação direta entre os dois fatores.

O grupo de hipóteses H4 procurou averiguar se o *healthscape* social (que inclui os serviços de *staff* e os serviços médicos) proporciona diretamente satisfação no utente. Segundo os resultados obtidos, e embora hajam escassos estudos que confirmam a relação entre esta dimensão e satisfação dos utentes (como o de Sahoo e Ghosh, 2016),

confirmaram-se as hipóteses deste grupo, encontrando-se de acordo com o estudo de Cadirci e Akmaz (2017).

Validaram-se, assim, as seguintes hipóteses:

- **H4a:** *Os serviços do staff estão positivamente relacionados com a satisfação do utente.*
- **H4b:** *Os serviços médicos estão positivamente relacionados com a satisfação do utente.*

A hipótese H5 pretendeu confirmar se a perceção dos utentes ao *Healthscape* está positivamente relacionada com a satisfação. Tal como nos estudos de Cadirci e Akmaz (2017) e de Silva, Ferreira e Daniel (2018), verificou-se uma forte associação entre a visão holística do utente sobre o *healthscape* e a satisfação.

A seguinte hipótese é, por isso, validada:

- **H5:** *A perceção dos utentes ao *healthscape* está positivamente relacionada com a satisfação do utente.*

A sexta e última hipótese em estudo pretende verificar a capacidade de a satisfação gerar intenções comportamentais positivas no utente. Essas intenções verificam-se ao nível dos aspetos relacionados com as dimensões (física e social) do *healthscape*, podendo ser exprimidas pela recomendação e lealdade. Os resultados obtidos permitem validar a hipótese H6, ou seja, a satisfação do utente gera intenções comportamentais futuras positivas. Estes resultados encontram-se de acordo com estudos desenvolvidos por outros autores, como o de Hutton e Richardson (1995), Cadirci e Akmaz (2017) e DCunha, Kumar, Angadi e Suresh (2017), nos quais frisam que o *healthscape* pode influenciar a intenção de recomendar e/ou voltar à instituição.

Validou-se então a seguinte hipótese:

- **H6:** *A satisfação do utente gera intenções comportamentais positivas.*

Em suma, a validade das hipóteses pode ser facilmente visualizada pela figura 4.4.

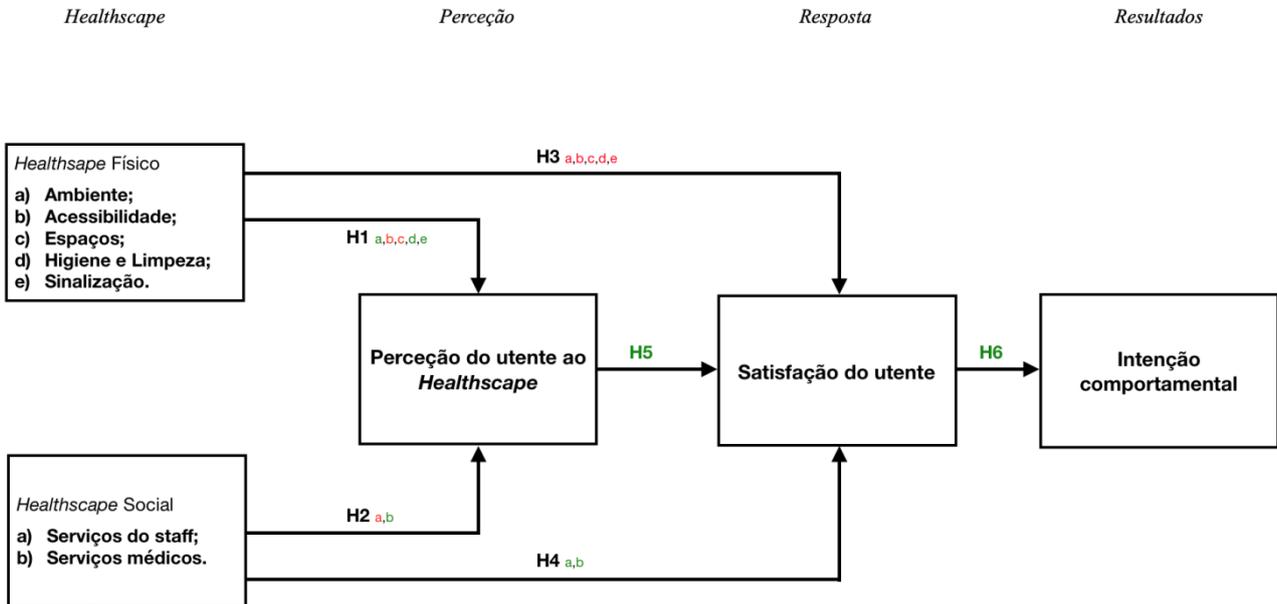


FIGURA 4.4 – Validade das hipóteses do modelo

O modelo estrutural, reiterado após a análise dos resultados provenientes do modelo estrutural inicial, pode ser entendido pela figura seguinte (Figura 4.5).

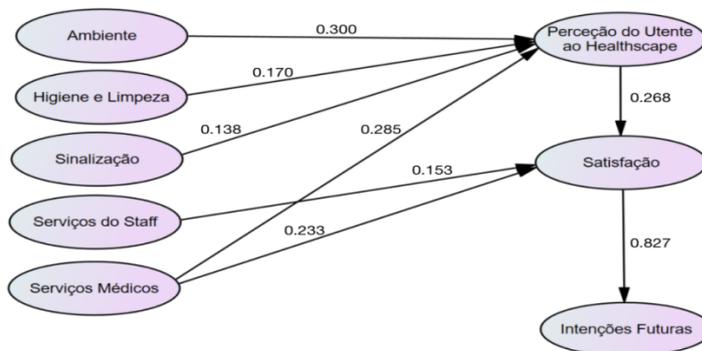


FIGURA 4.5 – Modelo estrutural final com as trajetórias e estimativas correspondentes



# Capítulo V

## Considerações Finais

[5.1] Principais conclusões

[5.2] Limitações e sugestões para investigação futura

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, reservado para as considerações finais, serão apresentadas as principais conclusões retiradas deste estudo e a sua contribuição teórica e prática.

Serão também apresentadas as limitações surgidas no desenrolar deste estudo.

Por fim serão indicadas sugestões para investigações futuras.

### 5.1. Principais conclusões

Com os resultados apresentados pode concluir-se que tanto o objetivo principal como os objetivos específicos foram atingidos. Contudo, esta investigação permitiu, através do estudo ao *healthscape* do Hospital Particular de Viana do Castelo, aferir a existência de perceções de diferentes cargas nas várias dimensões. Em primeiro lugar, as dimensões ambiente (que se refere à temperatura, ao cheiro, ao ar-condicionado e aos ruídos), higiene e limpeza (relativa aos diversos espaços e às fardas de quem trabalha no Hospital) e sinalização (alusiva à sinalética e capacidade de o indivíduo se orientar – o *wayfinding*), as três pertencentes ao *healthscape* físico, foram as mais revelantes para os utentes. Prováveis razões para as outras duas dimensões (acessibilidade e espaços) apresentarem um efeito perverso poderão ser: no caso da acessibilidade, a dificuldade em encontrar um lugar no estacionamento circundante ao Hospital, já que não existe um parque privativo para os utentes e o estacionamento tem de ser partilhado com os funcionários; já na situação dos espaços, a possível confusão que poderá ter levado alguns inquiridos a avaliar novamente a dimensão referente ao ambiente.

Em segundo lugar, a dimensão serviços do *staff* (referente à qualidade do atendimento, capacidade de diálogo e utilidade) teve menos impacto na perceção do que a dimensão serviços médicos. Isto deveu-se talvez à carga emotiva que o indivíduo transporta: o facto de ter de sair de casa/trabalho para se dirigir ao Hospital – um estabelecimento “indesejado” para qualquer um -, e ser atendido o mais rápido possível para de seguida voltar à sua rotina irá despoletar a este a necessidade de ter uma boa experiência. Isto vai ao encontro de Lee (2011), que indica que no ambiente de saúde uma grande parte das pessoas chega com uma carga emocional grande e, no caso do ambiente, possuir elementos que possam ser interpretados negativamente ou de forma estranha estes serão ainda mais reforçados pela condição psicológica do indivíduo. Com isto pretende-se supor que os serviços médicos contribuirão mais para melhorar a carga emocional

(através da segurança, confiança, etc.) dos utentes do que os serviços do *staff* (tratando-se de um serviço primário do processo).

Em terceiro, e quanto à satisfação do utente, tiraram-se conclusões interessantes. Em síntese, podemos observar que a satisfação não está diretamente relacionada com as dimensões físicas do *healthscape*, ao contrário do que foi apurado nos estudos de Wildan (2017) e Naidu (2009). Em contrapartida, verificou-se que as dimensões sociais estão de facto relacionadas com a satisfação. Isto pode dever-se as relações diretas utente-*staff*/médico (comunicação, interação, etc.), o que não se observa nas relações utente-ambiente mas sim da percepção.

Por fim, os dados obtidos permitem concluir que a satisfação dos utentes gera intenções comportamentais futuras positivas. Dos aspetos mais revelantes que podem ser percecionados no *healthscape*, como a higiene e limpeza e a sinalização, considera-se que a qualidade dos serviços médicos e as “sensações” (aspetos percecionados com os sentidos) são os mais importantes devido ao fato de serem influentes tanto na satisfação como desempenham um papel vital para as intenções de voltar e/ou recomendar esta instituição.

Posto isto, podemos verificar que, para uma maior satisfação e maior vontade em voltar e/ou recomendar uma unidade de saúde, serão estes os aspetos nos quais a instituição se deverá concentrar uma vez que, com os seus públicos mais satisfeitos e com maior possibilidade de gerar comportamentos positivos, será mais fácil o alcance dos seus objetivos.

Como conclusão, relativamente ao caso do HPVC, verifica-se que, de acordo com o estudo realizado, a instituição deverá ter uma maior atenção aos aspetos relacionados com o estacionamento circundante e com os espaços interiores, devendo ser feito um esforço para tomar medidas corretivas a estes aspetos. São aqui referidas apenas as percepções com pior avaliação, no entanto, todas as outras poderão ser alvo de melhorias, havendo como efeito a garantia de uma maior probabilidade dos seus utentes terem um aumento nos seus níveis de satisfação e vontade de recomendar e/ou voltar a este estabelecimento.

Este estudo contribuiu para melhorar o entendimento sobre o impacto do *healthscape* no utente em algumas vertentes. Num primeiro plano, e considerando a revisão literária,

parece existir consenso na forma como o ambiente influencia a percepção, satisfação e consequentes comportamentos futuros dos indivíduos. Apesar de algumas dimensões não se evidenciarem como se pretendia, outras mostraram haver um vínculo entre a percepção e a satisfação. No caso das dimensões acessibilidade e espaços, Lee (2011), por exemplo, revelaram resultados aquém do esperado ao que se refere a associação “dimensão – percepção”, explicando que “*os participantes relataram que não era fácil entrar no hospital (...)*” (p. 69). Noutro sentido, este estudo apresentou um modelo não totalmente igual ao do estudo de Cadirci e Akmaz (2017). Enquanto este apresenta no seu modelo as dimensões “*layout e funcionalidades*”, o modelo proposto indicou “*acessibilidade*” e “*espaços*” (ambas discriminadas), estando assim mais de acordo com o modelo de Bitner (1992). Outra particularidade prendeu-se ao fato de o modelo proposto procurar averiguar, tal como o *healthscape* social tem em Cadirci e Akmaz (2017), se existiu a existência de associação direta entre o *Healthscape* físico e a satisfação, que pelos resultados acabou-se por concluir a sua inexistência.

Realça-se também que, assim como na teoria, este estudo contribuiu para a componente prática. O *healthscape* tem o poder de gerar satisfação no utente se:

- quanto à sinalética, apresentar um sistema de sinalização eficiente e de fácil interpretação, para que este não se sinta perdido ou não chegue atrasado ao compromisso;
- quanto ao ambiente, provocar sensações agradáveis ao indivíduo nos seus sentidos: olfativo (ausência de odores desagradáveis), acústico (música apropriada, ausência de ruído), visão (arranjo cromático adequada) e tato (temperatura ajustada por exemplo);
- quanto à higiene e limpeza, este não perceber anomalias num espaço onde os serviços sanitários e saúde são uma prioridade e constante preocupação;
- quanto à acessibilidade, não tiver dificuldades tanto em chegar às entradas da instituição como em encontrar um lugar no estacionamento (circundante ou parque reservado);
- quanto ao espaço, dar o conforto necessário, apresentando um *layout* organizado, decorado e equipamentos que possam ocupar o utente.
- quanto aos serviços médicos e do *staff*, houver humanização na prestação, dar sensação ao indivíduo que há qualidade nos serviços.

Com isto pretende-se realçar a importância da gestão dos ambientes hospitalares uma vez que quantas mais dimensões forem bem trabalhadas, e provocarem sensações positivas no indivíduo, maior será a probabilidade do mesmo expor comportamentos positivos no futuro.

## **5.2. Limitações e sugestões para investigação futura**

Como limitações deste estudo destaca-se a amostra que, apesar de ser considerada representativa relativamente à distribuição por género e idade, pode ser considerada limitada no seu tamanho. Considerando que passaram pela instituição aproximadamente 9.500 pacientes durante o período em que se distribuíram os questionários, deveria esta amostra ser ligeiramente mais representativa com um maior número de inquiridos.

Outro aspeto prende-se com o facto de o estudo estar relacionado apenas com a análise de uma unidade de saúde. De forma a poder haver base comparativa de resultados, deveria ter sido alvo de estudo idêntico outra unidade de saúde, se possível com aspetos ambientais distintos e da mesma área geográfica. Essa investigação permitiria aferir mais eficazmente a importância do *healthscape* na perceção e satisfação dos utentes, já que os resultados apresentariam certamente conclusões paradoxas.

Por fim, verificou-se que a variável latente “Ambiente” (relacionada com as variáveis manifestas “A temperatura é satisfatória”, “O ar-condicionado não me perturba”, “O ruído não me perturba” e “O cheiro é satisfatório”) manifestou problemas de validade convergente e discriminante.

Considerando as futuras linhas de investigação, sugere-se que o estudo ao *healthscape* poderia ser efetuado numa unidade hospitalar pública.

O presente estudo incidiu-se sobre uma instituição privada, o que de certo modo, em Portugal, os utentes indicam maior satisfação com os serviços privados do que com os públicos. Posto isto, seria interessante usar a metodologia aqui apresentada, mas no contexto de um ambiente hospitalar público, de modo a confirmar essa tese. Outra sugestão poderia ser o estudo, tendo em consideração o modelo encontrado em Bitner (1992), do impacto do *healthscape* na perceção e satisfação (assim como nas abordagens resultantes, como a lealdade e a afiliação) dos funcionários.



# Bibliografia

**Afonso, L. G. V. (2012).** “*A importância da evidência física nas unidades hospitalares*”. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Marketing. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Departamento de gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, Portugal

**Al-Neyadi, H. S.; Abdallah, S. & Malik, M. (2018).** “*Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL*”. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), pp. 96-105.

**Alves, S. N. (2011).** “*A percepção visual como elemento de conforto na arquitetura hospitalar*”. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo na Universidade de Brasília, Brasil.

**Anderson, E. W. (1996).** “*Customer Satisfaction and Price Tolerance*”. *Marketing Letters*, 7(3), pp. 19-30.

**Andreu, L.; Bigné, E.; Chumpitaz, R. & Swaen, V. (2006).** “*How does the perceived retail environment influence consumers emotional experience? Evidence from two retail settings*”. *International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 16(5), pp. 559-578.

**Argan, M. & Argan, M. T. (2017).** “*Relationships Between Service Personal Values, Service Value, Satisfaction, and Loyalty: A Study Regarding Services of Private and State Hospitals in Turkey*”. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(6), pp. 89-99.

**Baker, J. (1986).** “*The role of the environment in marketing services: the consumer perspective*”. *The services challenge: Integrating for competitive advantage*, 1(1), pp. 79-84.

**Baker, J.; Berry, L. L. & Parasuraman, A. (1988).** “*The marketing impact of branch facility design*”. *Journal of Retail Banking*, 10(2), pp. 33-42.

**Baker, J., & Lamb Jr, C. W. (1992).** “*Physical environment as a hospital marketing tool*”. *Journal of Hospital Marketing*, 6(2), pp. 25-35.

**Baker, J.; Grewal, D. & Parasuraman, A. (1994).** “*The influence of store environment on quality inferences and store image*”. *Journal of the academy of marketing science*, 22(4), pp. 328-339.

**Batbaatar, E.; Dorjdagva, J.; Luvsannyam, A.; Savino, M. M. & Amenta, P. (2017).** “*Determinants of patient satisfaction: a systematic review*”. *Perspectives in Public Health*, 137(2), pp. 89-101.

**Beck, C. L.; Lisboa Filho, F. F.; Lisboa, M. D. G. & Lisboa, R. L. (2007).** “*A linguagem sígnica das cores na resignificação(humanização) de ambientes hospitalares*”. In XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Vol.29. Santos, Brasil.

**Bitner, M. J. (1992).** “*Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees*”. *The Journal of Marketing*, 56(2) pp. 57-71.

**Bocanera, N. B.; Bocanera, S. F. B. & Barbosa, M. A. (2006).** “*As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais*”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), pp. 343-349.

## Bibliografia

---

**Cadirci, T.O. & Akmaz, A.E. (2017).** “*The impact of healthscape on Customer Satisfaction and Loyalty in Public and Private Healthcare Institutions*”. *Yildiz Social Science Review*, 3 (1), pp.81-96. Retirado de <http://dergipark.gov.tr/yssr/issue/33541/343749>.

**Carvalhais, C.; Santos, J.; Lourenço, I.; Teixeira, J.P. & Santos Batista, J. (2011).** “*Conforto Térmico em Meio Hospitalar: o caso do Serviço de Esterilização*”. In *Proceedings Book of The Internacional Symposium on Occupational Safety and Hygiene –SHO 2011* (pp. 185-189). Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais.

**Carvalho, J.C. & Ramos, T.(2013).**“*Logística na Saúde*”. Edições Sílabo, 2ª edição. Lisboa, Portugal.

**Cheng Lim, P. & Tang, N. K. (2000).** “*A study of patients’ expectations and satisfaction in Singapore hospitals*”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7), pp. 290-299.

**Coyle, J. & Williams, B. (1999).** “*Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research*”. *Leadership in Health Services*, 12(4), pp. 1-9.

**Corbella, O. (2003).** “*Em Busca de Arquitetura Sustentável para os Trópicos – Conforto Ambiental*”. Rio de Janeiro, Brasil.

**Costa, G.L.; deLacerda, A.M. & Marques, J. (2013).** “*Noise On The Hospital Settings: Impact On The Nursing Professional’s Health*”. *Revista CEFAC*, 15(3), pp. 642-652.

**Cunha, L. C. R. (2004).** “*A cor no ambiente hospitalar*”. In *I Congresso Nacional da ADEH*. Vol.1.

**Dalfovo, M. S.; Lana, R. A. & Silveira, A. (2008).** “*Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico*”. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(3), pp. 1-13.

**DCunha, S.; Kumar, V.; Angadi, V. & Suresh, S. (2017).** “*Structural equation modelling to predict patient perception of services cape and its relation to customer satisfaction and behavioral intention*”. *Asian Journal of Management Research*. 7(4), pp. 293-303.

**Elizalde, E. P. & Gomes, L. S. (2009).** “*A Importancia de Projetos Arquitetônicos no Planejamento do Ambiente Hospitalar*”. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (2009-09).

**Emir, O. (2006).** “*A study of the relationship between service atmosphere and customer loyalty with specific reference to structural equation modelling*”. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 29(1), pp. 706-720.

**Erdmann, A. L. (1996).** “*Sistema de cuidados de enfermagem*”. In *Teses de Enfermagem (Vol.1)*. Universidade Federal de Pelotas.

**Everling, M.T.; Damião, A.C.; Meurer, H.; deOliveira, J.H. & deMedeiros, L.M. (1999).** “*A Análise Ergonômica como Ferramenta em Projetos de Sinalização Interna: a Recepção das Unidades de Internação do Hospital Universitário de Santa Maria*”. Projeto do Posto e de Sistemas de Organização do Trabalho. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Sana Maria. Brasil.

**Fernandes, J. L. L. (2017).** “*Avaliação da qualidade percebida pelos consumidores em serviços de saúde*” – o caso da clínica privada de Guimarães”. Relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre Gestão e Economia em Serviços de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Portugal.

**Finney, S. J. & DiStefano, C. (2006).** “*Non-normal and categorical data in structural equation modeling*”. *Structural equation modeling: A second course*, 10(6), pp. 269-314.

**Fonseca, A. (1996).** “*Concepção dos locais de trabalho – guia de apoio, segurança e higiene no trabalho*”. IDICT.

**Fornell, C.; Johnson, M. D.; Anderson, E. W.; Cha, J. & Bryant, B. E. (1996).** “*The American Costumer Satisfaction Index: nature, porpuse, and findings*”. *Journal of Marketing*. 60(4), pp. 7-18.

- Fornell, C. & Larcker, D.F. (1981).** “*Structural Equation Models with unobservable variables and measurement error: algebra and statistics*”. *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, pp. 382-388.
- Gibson, D. (2009).** “*The Wayfinding Handbook: Information Design for Public Places*”. Princeton Architectural Press.
- Goés, R. (2011).** “*Manual Prático de Arquitetura Hospitalar*”. São Paulo: Edgard Blucher, 2a Edição.
- Goldman, S. (1964).** “*Psicodinâmica das Cores*”. Vol.2. Canoas: La Salle.
- Hair, J. F.; Black, W. C.; Babin, B. J. & Anderson, R. E. (1998).** “*Multivariate Data Analysis*”. (5<sup>th</sup> Ed.). New Jersey, Prentice- Hall.
- Hair, J. F.; Black, W. C.; Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2009).** “*Multivariate Data Analysis*”. (7<sup>th</sup> Ed.). New Jersey, Prentice- Hall.
- Harris, L. C. & Ezech, C. (2008).** “*Servicescape and loyalty intentions: an empirical investigation*”. *European Journal of Marketing*, 42(3/4), pp. 390-422.
- Hooper, D.; Coughlan, J. R. & Muller, M.(2013).** “*The Servicescape as an antecedent to service quality and behavioral intentions*”. *Journal of Services Marketing*, 27(4), pp. 271-280.
- Hirschman, A. O. (1970).** “*Exit, Voice, and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*”. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Horigushi, M.; Shudo, E.; Sato, K.; Nakanura, M.; Sai, W & Ohinata, T. (2015).** “*Nurse Odor Perception in Various Japanese Hospital Settings*”. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), pp. 355-360.
- Hutton, J.D. & Richardson, L.D. (1995).** “*Healthscape: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes satisfaction, quality assessments, and behaviors*”. *Health Care Management Review*, 20(2), pp. 48-61.
- Ishaq, M.I.; Bhutta, M. H.; Hamayun, A. A.; Danish, R. Q. & Hussain, N. M. (2014).** “*Importance of servicescape in service industries*”. *Journal of Service Research*, (4), pp. 2-13.
- Johnstone, M. L. (2012).** “*The servicescape: The social dimensions of place*”. *Journal of Marketing Management*, 28(11-12), pp. 1399-1418.
- Kandampully, J. & Suhartanto, D. (2000).** “*Customer loyalty in the hotel industry: the role of customer satisfaction and image*”. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 12(6), pp. 346-351.
- Koenigsberger, O.H.; Ingersoll, T.G.; Mayhew, A. & Szokolay, S.V. (1977).** “*Vivendas y edificios en zonas calidas e tropicales*”. Madrid: Paraninfo S.A.
- Kowaltowski, D. C. C. K.; Labaki, L. C.; Pina, S. M. & Bertolli, S. R. (1998).** “*A visualização do conforto ambiental no projeto arquitetônico*”. VII Encontro Nacional da Tecnologia do Ambiente Construído e Qualidade no Processo Construtivo, 27-30 Abril. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.
- Kotler, P. (1973).** “*Atmospherics as a Marketing Tool*”. *Journal of Retailing*. 49(4), pp. 48-64.
- Kotler, P. (1987).** “*Marketing for Health Care Organizations*”. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ladhari, R.; Souiden, N. & Dufour, B. (2017).** “*The role of emotions in utilitarian service settings: The effects of emotional satisfaction on product perception and behavioral intentions*”. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 34, pp. 10-18.
- Lamberts, R (2011).** “*Conforto e stress térmico*”. *LabEEE, UFSC*.

## Bibliografia

---

- Lascano, R. (2009).** *“What Makes A Good Wayfinding System?”*. Arrows and Icons Magazine, 3(4).
- Lee, S. (2011).** *“Evaluating servicesability of healthcare servicescapes: service design perpective”*. International Journal of Design, 5(2), pp. 61-71.
- Lima, R. R. B.; Lima, E. A. & Braga, D. K. (2015).** *“Análise dos parâmetros de conforto ambiental: Estudo de caso na Unidade de Pronto Atendimento de Samambaia no Distrito Federal”*. Paranoá. Cadernos de Arquitetura e Urbanismo, 0(14), doi:10.18830/issn.1679-0944n.14.2015.16929.
- Lynch, K. & Camargo, J. L. (1997).** *“A imagem da cidade. Arte e Comunicação”*. São Paulo: Martins Fontes. Edições 70.
- Malkin, J. (2003).** *“The business case for creating a Healing environment”*. Center for Health Design Business Briefing: Hospital Engineering & Facilities Management, 1.
- Marôco, J. (2014).** *“Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações”*. 2ª Edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mehrabian, A. & Russell, J.A. (1974).** *“An Approach to environmental psychology”*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Meesala, A. & Paul, J. (2016).** *“Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future”*. Journal of Retailing and Consumer Services, 40, pp. 261-269.
- Mora, R.; Oats, A. & Marziano, P. (2014).** *“Percepción de la señalización y orientación espacial de los usuarios de tres complejos hospitalarios de Santiago, Chile”*. Revista Médica de Chile, 142(10), pp. 1291- 1296.
- Moura George, F. M. (2013a).** *“Orientações e Circulares Informativas”*. Orientação no021/2013 de 31/12/2013: Conforto nas Unidades Hospitalares. Direção Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx>
- Moura George, F.H (2013b).** *“Normas e Circulares Normativas”*. Norma no21/2013 de 30/12/2013: Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2o Ciclo 2013/2017. Direção Geral da Saúde – Coordenação do Programa Nacional de Saúde Ocupacional. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262013-de-30122013.aspx>
- Naidu, A. (2009).** *“Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality”*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 22(4), pp. 366-381.
- Neufert, E. & Neufert, P. (2004).** *“Arte de projetar em arquitetura”*. 17a Edição. Barcelona: G.Gilli.
- Nguyen, N. & Leblanc, G. (2002).** *“Contact personnel, physical environment and the perceived corporate image of intangible services by new clients”*. International Journal of Service Industry Management, 13(3), pp. 242-262.
- O’Neill, M. J. (1999).** *“Theory and research in design of “you are here” maps. In Visual information for everyday use: design and research perspectives”*. London: Taylor & Francis, pp. 225-238.
- Padovani, S. & Moura, D. (2008).** *“Navegação em Hiperâmia: uma abordagem centrada no usuário”*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna.
- Pai, Y. P. & Chary, S. T. (2013).** *“Assessing healthscapes – a comparison among inpatients and outpatients”*. Review of integrative business and economics research, 2(1), pp. 521-527.
- Pai, Y. & Chary, S. T. (2015).** *“The Healthscape as an Antecedent to Service Quality and Behavioral Intentions”*. In International Conference on Technology and Business Management, Vol. 25.
- Pais, A. M. G. (2011).** *“Condições de Iluminação em Ambiente de Escritório: influência no conforto visual”*. Dissertação de Mestrado em Ergonomia e Segurança no Trabalho. Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.

## Bibliografia

---

- Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985).** “*A conceptual model of service quality and its implications for future research*”. The Journal of marketing, pp. 41-50.
- Perfeito, A. A. B. et al (2012).** “*Dicionário da Língua Portuguesa: 2013*”. Dicionários Editora. Porto Editora, Lda. Porto, Portugal.
- Rangel, M. & Mont’Alvão, C. (2011).** “*Avaliação do Desempenho do Layout e da Sinalização de uma Unidade Hospitalar*”. Revista Ação Ergonómica, 6(1).
- Reimer, A. & Kueh, R. (2004).** “*The impact of servicescape on quality perception*”. European Journal of Marketing, 39(7/8), pp. 786-808.
- Rocha, D. (1995).** “*Fundamentos técnicos da produção*”. Makron Books.
- Robbins, C. L. (1986).** “*Daylighting: design and analysis*”. United States: Van Nostrand Reinhold, New York, NY.
- Rosenbaum, M. S. & Massiah, C. (2011).** “*An expanded servicescape perspective*”. Journal of Service Management, 22(4), pp. 471-490.
- Rosenbaum, M. S. & Montoya, D. Y. (2007).** “*Am I welcome here? Exploring how ethnic consumers assess their place identity*”. Journal of Business Research, 60(3), pp.206-214.
- Sag, I., Zengul, F. D. & Landry, A. Y. (2018).** “*Patient Perceptions of Servicescape in Healthcare: A Systematic Review of the Literature*”. Journal of Healthcare Management, 63(2), pp. 94-104.
- Sahoo, D. & Ghosh, T. (2016).** “*Healthscape role towards customer satisfaction in private healthcare*”. International journal of health care quality assurance, 29(6), pp. 600-613.
- Sahoo, D. & Mitra, A. (2016).** “*Can healthcare servicescape affect customer’s attitude? A study of the mediating role of image congruence and moderating role of customer’s prior experience*”. Asia-Pacific Journal of Business Administration, 8(2), pp.106-126.
- Sampaio, A. V. C. F. (2005).** “*Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Proposta de um instrumento de avaliação*”. Tese de doutoramento, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sampaio, A. V. C. F. & Chagas, S.S. (2010).** “*Comfort Evaluation and Hospital Environments Quality*”. Gestão e Tecnologia de Projetos. 5(2), pp. 155-179.
- Santos, D. R. C. (2013).** “*O Fluxo como Condicionante na Arquitetura dos Hospitais. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Arquitetura*”. Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.
- Scariot, C. A. (2013).** “*Avaliação de sistemas de informação para wayfinding: um estudo comparativo entre academia e mercado em Curitiba*”. Dissertação de Mestrado em Design. Universidade Federal do Paraná, Brasil.
- Serranheira, F.; Uva, A. S. & Sousa, P. (2010).** “*Ergonomia Hospitalar e Segurança do Doente: Mais Convergências que Divergências*”. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (10), pp. 58-73.
- Shida, T.; Yamakawa, M.; Konno, N.; Toyoguchi, T. & Shiraishi, T. (2011).** “*Case study on usefulness of clindamycin-pate in treatment of extensive malodorous effusion from malignant melanoma and evaluation of waters absorbability of ointment base*”. Japanese Journal of Pharmaceutical Health Case Science, 37(9), pp. 529-533.
- Silva, A. G. G., Ferreira, P. L., & Daniel, F. B. (2018).** “*Portuguese university hospital patient satisfaction and service quality*”. International journal of health care quality assurance.
- Silva, A. L. & Rentes, A.F. (2012).** “*Um Modelo de Projeto de Layout para Ambientes JobShop com Alta Variedade de Peças Baseado nos Conceitos da Produção Enxuta*”. Biblioteca Digital da Produção Intelectual. Departamento de Engenharia de Produção da Universidade de São Paulo, 19(3): pp. 531-541.

## Bibliografia

---

**Silva, C. D. O. (2004).** *“Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático”*. Fortaleza, CE: Editorada UFC.

**Smythe, K. C. A. S. (2014).** *“Inclusão do Usuário na Fase Inicial do Processo de Design para Sistemas de Wayfinding em Ambientes Hospitalares já Construídos”*. Dissertação de Mestrado em Design. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil.

**Smythe, K. C. A. S. & Spinillo, C. G. (2013).** *“A Importância de Sistemas de Wayfinding para e com o Usuário em Ambientes Hospitalares”*. InfoDesign – Revista Brasileira de Design de Informação, 8(1), pp. 31-46.

**Suess, C. & Mody, M. (2011).** *“Hospitality healthscapes: A conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel-like hospital rooms”*. International Journal of Hospitality Management, 61, pp. 59-72.

**Suess, C. & Mody, M. (2017a).** *“The influence of hospitable design and service on patient responses”*. The Service Industries Journal, 38(1-2), pp. 127-147.

**Suess, C. & Mody, M. (2017b).** *“The Influence of a Hospitable Healthcare Environment on Patient Emotions and Behavioral Responses”*. 2017 Annual I-CHRIE Summer Conference & Marketplace. Baltimore. Boston University.

**Thayer-Hart, N.; Dykema, J.; Elver, K.; Schaeffer, N. C. & Stevenson, J. (2010).** *“Survey Fundamentals – A Guide to Designing and Implementing Surveys”*. Office of Quality Improvement – University of Wisconsin-Madison.

**Toledo, L. C. (2002).** *“Feitos para curar: Arquitetura Hospitalar & Processo Projetural no Brasil”*. Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH).

**Toledo, L. C. (2006).** *“Do Hospital Terapêutico ao Hospital Tecnológico: Encontros e Desencontros na Arquitetura Hospitalar”*. Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Senac Rio.

**Tombs, A. & McColl-Kennedy, J. R. (2002).** *“Beyond the servicescape: Customer to customer interactions in the social servicescape”*. In Proceedings of Australian and New Zealand Marketing Academy Conference, Deakin University.

**Tombs, A. & McColl-Kennedy, J. R. (2003).** *“Social-servicescape conceptual model”*. Marketing theory, 3(4), pp. 447-475.

**Tombs, A. & McColl-Kennedy, J. R. (2010).** *“Social and special influence of customers on other customers in the social-servicescape”*. Australasian Marketing Journal, 18(3), pp. 120-131.

**Tompkins, J. A.; White, J. A.; Bozer, Y.A.; Frazelle, E. H.; Tanchoco, J.M.A. & Trevino, J. (1996).** *“Facilities planning, John Wiley & Sons, Inc. 2<sup>nd</sup> Edition. USA, pp. 36-47.*

**Trein, B. A. (2001).** *“Análise e Melhoria de Layout de Processo na Indústria de Beneficiamento de Couro”*. Dissertação de Mestrado em Engenharia. Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

**Ulrich, R.; Zimring, C.; Zhu, X.; DuBose, J.; Seo, H. B.; Choi, Y.; Quan, X. & Joseph, A. (2008).** *“A review of the literature research on evidence-based healthcare design (Part.1)”*. Health Environments Research & Design Journal, 1(3), pp. 61-125.

**Vega, R. C.; Spiegel, T. & Caulliaux, H. M. (2013).** *“Planejamento de Layout em Unidades de Saúde Baseado no Método SLP”*. Revista de Gestão e Operações Produtivas, 2(6), Rio de Janeiro, Brasil.

**Vergara, L. G. L. (2001).** *“Análise das condições de conforto térmico de trabalhadores da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Florianópolis”*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Florianópolis – SC.

## Bibliografia

---

- Vilelas, J. (2009).** *“Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento”*. Edições Sílabo, Lda. 1ª Edição. Lisboa, Portugal.
- Vituri, D. W. & Évora, Y. D. M. (2015).** *“Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura”*. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(5), pp. 945-952.
- Wagner, J. (2000).** *“A model of aesthetic value”*. Handbook of Services Marketing and Management, pp. 69-71.
- Wakefield, K. L. & Blodgett, J. G. (1994).** *“The importance of servicescapes in leisure service settings”*. Journal of Services Marketing, 8(3), pp. 66-76.
- Wakefield, K. L. & Blodgett, J. G. (1996).** *“The effect of the servicescape on customers’ behavioral intentions in leisure service settings”*. Journal of Services Marketing, 10(6), pp. 45-61.
- Wildan, M. (2017).** *“The Impact of Physical Support and Contact Personnel on Patient Satisfaction at Dr. Soebandi Regional Hospital of Jember”*. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(1), pp.21-27.
- Wosny, A.M.; Erdmann, A.L.; BelliFilho,P. & Leite, J.L. (2008).** *“The aesthetics of smells: the sense of smell and nursing”*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 16(2), pp. 320-323
- Wu, Z.; Robson, S. & Hollis, B. (2013).** *“The application of hospitality elements in hospitals”*. Journal of Healthcare Management, 58(1), pp. 47-62.

# Apêndices

## Apêndice A - Questionário

### Questionário

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Parte I

1. **Género**  Masculino  Feminino
2. **Idade**  18-29  60-75  
 30-44  mais de 75  
 45-59
3. **Escolaridade**  Escola Básica  Licenciatura  
 Escola Secundária  Mestrado  
 Outro: \_\_\_\_\_
4. **Quanto tempo é paciente/visitante deste hospital?**  Primeira visita  
 menos de 6 meses  
 6 meses - 1 ano  
 mais de 1 ano
5. **Tem limitações físicas?**  Nenhuma  
 Locomotores  
 Auditivos  
 Visuais  
 Outra: \_\_\_\_\_

## Parte II

Ao preencher os seguintes quadros com um **X** ou um **O**, tenha em consideração o grau de concordância, onde:

**1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente.**

<b>AMBIENTE</b>					
A temperatura é satisfatória.	1	2	3	4	5
O ar-condicionado não me perturba.	1	2	3	4	5
O ruído não me perturba.	1	2	3	4	5
O cheiro é satisfatório.	1	2	3	4	5
<b>ACESSIBILIDADE E ESPAÇO</b>					
Foi fácil entrar no hospital a partir do estacionamento circundante.	1	2	3	4	5
Foi fácil estacionar o carro no estacionamento circundante.	1	2	3	4	5
Os equipamentos funcionam corretamente.	1	2	3	4	5
As decorações são agradáveis.	1	2	3	4	5
<b>HIGIENE E LIMPEZA</b>					
Todas as partes do hospital estão limpas.	1	2	3	4	5
As casas de banho estão limpas.	1	2	3	4	5
As salas de consulta/exames estão limpas.	1	2	3	4	5
As áreas de refeições estão limpas.	1	2	3	4	5
Os corredores do hospital estão limpos.	1	2	3	4	5
As entradas e as saídas do hospital estão limpas.	1	2	3	4	5
As áreas de espera estão limpas.	1	2	3	4	5
No geral, o hospital está limpo.	1	2	3	4	5
As roupas dos funcionários estão limpas.	1	2	3	4	5
<b>SINALIZAÇÃO</b>					
A sinalização no hospital é adequada.	1	2	3	4	5
Consegui ver bem a sinalização no hospital.	1	2	3	4	5
Consegui facilmente entender a sinalização no hospital.	1	2	3	4	5
Graças à sinalização, consegui encontrar o meu caminho pelo hospital.	1	2	3	4	5

SERVIÇOS DE STAFF E MÉDICOS					
O(A) rececionista foi simpático(a) para comigo.	1	2	3	4	5
Não esperei muito tempo para ser atendido(a) pelo(a) rececionista.	1	2	3	4	5
Os funcionários foram úteis.	1	2	3	4	5
Tive respostas satisfatórias para as minhas perguntas.	1	2	3	4	5
O(A) médico(a) que me atendeu tem autoconfiança.	1	2	3	4	5
O(A) médico(a) que me atendeu tratou-me bem.	1	2	3	4	5
O(A) médico(a) que me atendeu foi simpático(a) para comigo.	1	2	3	4	5
Os esclarecimentos do(a) médico(a) que atendeu foram adequados.	1	2	3	4	5
PERCEÇÃO AO AMBIENTE GERAL DO SERVIÇO					
Durante a minha presença no hospital senti-me confortável.	1	2	3	4	5
No geral, o ambiente não é incomodativo.	1	2	3	4	5
No geral, o ambiente é satisfatório.	1	2	3	4	5

### Parte III

Ao preencher os seguintes quadros com um **X** ou um **O**, tenha em consideração o grau de concordância, onde:

**1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente.**

SATISFAÇÃO DO PACIENTE/VISITANTE					
Estou satisfeito(a) com o ambiente do hospital.	1	2	3	4	5
Estou satisfeito(a) com os serviços médicos prestados por este hospital.	1	2	3	4	5
Estou satisfeito(a) com o staff (administrativos, rececionistas, etc.) deste hospital.	1	2	3	4	5
INTENÇÕES FUTURAS					
Quando considero o nível do serviço que recebi, não tenciono visitar outro hospital senão este.	1	2	3	4	5
Este hospital será a minha primeira escolha no futuro.	1	2	3	4	5
Poderei voltar a este hospital para o mesmo serviço.	1	2	3	4	5
Poderei voltar a este hospital para outro tipo de consulta.	1	2	3	4	5
Estou disposto(a) a recomendar este hospital a outras pessoas (familiares, amigos ou colegas) que procuram o meu conselho.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração !

*Tiago Silva*

Página 3/3

## Apêndice B – Termo de responsabilidade para o tratamento de dados

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Tiago Lage da Silva, investigador principal do projeto de mestrado intitulado “O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de Caso num Hospital Privado”, declara que serão respeitados os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia.



Tiago Lage da Silva

## Apêndice C – Pedido de submissão à CES

### CARTA DE APRESENTAÇÃO / PEDIDO DE SUBMISSÃO À CES

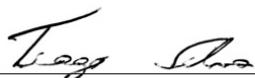
Tiago Lage da Silva, mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vem submeter à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Particular de Viana do Castelo um projeto de mestrado com o título: “O Impacto do Healthscape na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de Caso num Hospital Privado” (anexa-se a esta carta um resumo alargado do projeto).

Pretende-se aplicar este projeto nos diversos serviços do HPVC no período compreendido entre Maio de 2018 e Junho de 2018 e não se prevê a existência de encargos para o HPVC. O tipo de estudo não envolve experimentação humana e irá basear-se num estudo de análise quantitativa, com aplicação de um questionário à população alvo – utentes do Hospital Particular de Viana do Castelo.

Os objetivos específicos deste projeto são a avaliação da perceção do utente perante as diferentes dimensões que constituem o *Healthscape*, o consequente impacto na sua satisfação e averiguar se essa satisfação produz disposição para recomendar e/ou voltar à instituição. *Healthscape* é um termo utilizado na definição de todo o ambiente envolvente dos cuidados de saúde.

Posto isto, o objetivo geral deste projeto será realçar a importância do Healthscape na criação de valor para a Instituição e utente.

Pede deferimento,

  
\_\_\_\_\_  
Tiago Silva

Viana do Castelo, 30 de Abril de 2018

## Apêndice D – Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Tiago Lage da Silva, mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e orientado pela Professora Doutora Maria José de Matos Rainho, propõe-se realizar um projeto de mestrado com o título “O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de Caso num Hospital Privado”.

Os objetivos específicos deste projeto são a avaliação da perceção do utente perante as diferentes dimensões (Ambiente, Espaço e Acessibilidade, Higiene e Limpeza, Sinalização e Serviços e Funcionários) que constituem o *Healthscape*, o consequente impacto na sua satisfação e averiguar se essa satisfação produz disposição para recomendar e/ou voltar à instituição. *Healthscape* é um termo utilizado na definição de toda a atmosfera de cuidados de saúde.

Posto isto, o objetivo geral deste projeto será realçar a importância do *Healthscape* na criação de valor para Instituição e utente.

Para tal, será solicitada a colaboração aos utentes para preenchimento de um questionário (autoadministrado), de forma aleatória e participação voluntária. Os resultados serão estudados para fins académicos. É garantida, ainda, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. É, ainda, prometido o anonimato (não registo de dados de identificação) e assegurado que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Não ficou acordado pagamento de deslocações ou contrapartidas. O estudo é financiado pelo investigador e mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital Particular de Viana do Castelo.

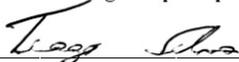
Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Pelo presente documento, consinto em participar plenamente neste estudo.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

O investigador principal:

  
\_\_\_\_\_

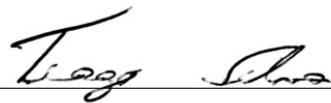
Maior 2018

Tiago Lage da Silva | tiagolagesilva@live.com.pt | telf: 916 212 969

## Apêndice E – Declaração da base de dados

### DECLARAÇÃO

Tiago Lage da Silva, mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sobre o seu projeto de mestrado com o título: “O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de Caso num Hospital Privado”, declara que os dados obtidos no desenvolvimento do mesmo serão alocados no seu computador pessoal e na base de dados bibliográfica do Departamento de Economia, Sociologia e Gestão da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



---

Tiago Silva

## Apêndice F – Pedido de autorização aos sócios

*Tiago Lage da Silva  
Mestrando em Gestão dos Serviços de  
Saúde da Universidade de Trás-os-Montes  
e Alto Douro  
Departamento de Economia, Sociologia e  
Gestão*

*Contacto: tiagolagesilva@live.com.pt*

*Exmo. Sr. Diretor, do Hospital  
Particular de Viana do Castelo*

*Assunto: Pedido de autorização de aplicação de projeto de investigação*

Venho solicitar autorização para aplicação de projeto de investigação, que junto em anexo, nos diversos serviços do HPVC. Tal como sintetizado no cronograma de atividades incluso no respetivo projeto, o tempo de aplicação do projeto é de Maio de 2018 a Junho de 2018. O título do projeto é “O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de Caso num Hospital Privado”. *Healthscape* é um termo utilizado na definição de todo o ambiente envolvente dos cuidados de saúde.

Como referido no projeto, o propósito deste estudo é a avaliação da perceção do utente perante as diferentes dimensões que constituem o *Healthscape*, o conseqüente impacto na sua satisfação e averiguar se essa satisfação produz disposição para recomendar e/ou voltar à instituição.

Peço deferimento,

  
\_\_\_\_\_  
Tiago Silva

Viana do Castelo, 30 de Abril de 2018

## Apêndice G – Parecer favorável dos sócios



### PARECER DA DIREÇÃO DO HOSPITAL PARTICULAR DE VIANA DO CASTELO

**Projeto de mestrado,**

**“O Impacto do *Healthscape* na Satisfação e Intenção Comportamental do Utente – Estudo de caso num Hospital Privado”**

Após reunião no dia 8 de Maio de 2018 e no seguimento da receção do modelo de Consentimento Informado, bem como o esclarecimento sobre o alojamento dos dados, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas, deliberou-se **parecer favorável** à realização do mesmo, no período de 21 de Maio de 2018 a 21 de Junho de 2018.

É solicitado ao Investigador Principal que após a conclusão do projeto, seja enviada uma síntese/relatório dos resultados e conclusões do mesmo.

Pelo exposto emitiu-se, a 8 de Maio de 2018, **parecer favorável**.

P<sup>l</sup>a Direção do Hospital Particular de Viana do  
Castelo

HOSPITAL PARTICULAR DE VIANA DO CASTELO, LDA  
Gestão