

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos da
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano**

Dissertação de Mestrado elaborada por:

Susete Maria Fé Rodrigues

Nº. 4426

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Amorim Sampaio da Silva

“Esta tese inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.”

Évora/Lisboa

Novembro, 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Avaliação da satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos da
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano**

Dissertação de Mestrado elaborada por:

Susete Maria Fé Rodrigues

Nº. 4426

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Amorim Sampaio da Silva

“Esta tese inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.”

Évora/Lisboa

Novembro, 2010

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar desejo agradecer à Universidade de Évora e à Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa, pela possibilidade de desenvolver este mestrado que se revelou ser, não só uma mais-valia académica e científica, mas também uma peça fundamental para a minha construção profissional e pessoal.

De seguida, desejo agradecer, com muita gratidão aos meus Orientadores, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva e Professora Doutora Ana Maria Amorim Sampaio da Silva, por toda a sabedoria, sentido crítico, disponibilidade, ânimo e dedicação, colocados na condução deste processo que levou a conclusão do trabalho aqui apresentado.

Agradeço também a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. principalmente ao Hospital Santa Luzia de Elvas pela facilitação da recolha de dados. O meu agradecimento também aos serviços farmacêuticos hospitalares do Hospital Santa Luzia de Elvas, a todas as minhas colegas pela ajuda e pelo apoio, e aos doentes que participaram no estudo. Quero também aqui deixar um grande obrigado à minha Directora Dr.^a Maria de Lurdes Miranda pelo apoio profissional e emocional. Mais uma vez, sem a mesma este trabalho não teria sido possível.

Aos meus colegas do mestrado, pela forma como sempre trabalhamos e nos tratamos o que contribuiu para o aumento e cruzamento de conhecimentos de uma forma tão natural, que julgava não ser possível.

Finalmente, à minha família, sobretudo aos meus pais e ao meu irmão, pela sua compreensão, atenção, incentivo, pelas minhas ausências, pelas preocupações a que os submeti, mas principalmente pelo apoio emocional. Agradeço ainda aos meus amigos pela sua grande capacidade de ouvir, na maioria das vezes coisas das quais nunca tinham ouvido ou virão a ouvir falar, ou por simplesmente estarem ao meu lado nas fases mais difíceis.

Avaliação da Satisfação dos utentes dos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

RESUMO

A Farmácia desempenha um papel crucial a nível das instituições hospitalares. Assim sendo, a procura de melhoria de qualidade a este nível é ainda mais pertinente. Como tal, este estudo, teve como objectivos: a) mensurar a qualidade percebida e da satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E. P. E.; b) construir um modelo estrutural correspondente; e c) sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de melhoria de qualidade. Para tal, foi utilizada uma metodologia quantitativa, tendo para o efeito construído um questionário com base na escala SERVPERF. O tratamento de dados fez-se através de análise factorial, e da modelagem de equações estruturais. Com base nestas técnicas as dimensões identificadas foram: segurança, aspectos tangíveis, confiança e profissionalismo e competências. Posteriormente foram aplicadas técnicas de regressão múltipla. No que respeita às dimensões da qualidade, conseguimos perceber que a que contribui mais para a satisfação geral do utente são os aspectos tangíveis. No que respeita às características sócio-demográficas apenas a situação profissional influenciava a satisfação geral.

Palavras-Chave: satisfação dos utentes, qualidade percebida, farmácia hospitalar.

Evaluation of the Satisfaction of Pharmaceutical Services users of the Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ABSTRACT

The Pharmaceutics area plays a crucial role in what medical institutions. Therefore, the search for quality improvement at this level is even more pertinent. As such, the main objectives of this study were: a) to measure the understood quality and the satisfaction of pharmacy services clients at HSLE, ULSNA, E. P. E.; b) assemble a corresponding structural model; and c) sensitize the health care professionals for the need of quality improvement. To serve this end, a quantitative methodology was applied, having been prepared for this purpose a questionnaire for the collection of the information based on the SERVPERF scale. The analysis was done through factorial analysis and with the structural equation modeling. Based on these techniques the dimensions identified were: safety, tangible aspects, trust and professionalism and competences. Later, we applied multiple regression technique. In what concerns the quality dimensions, we were able to understand that the one that contributed the most for the clients' general satisfaction was the tangible aspects. In what concerns the socio-demographic characteristics only the professional situation influenced their general satisfaction.

Key-Words: client satisfaction, understood quality, hospital pharmacy.

ÍNDICE

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ABREVIATURAS e SILGLAS.....	xv
PRIMEIRA PARTE.....	1
1. Introdução.....	1
1.1. Razões de ser do estudo	3
1.1.1. Objectivos da Dissertação	5
1.1.2. Caracterização da ULSNA, E.P.E.	6
1.1.3. Estrutura da Dissertação.....	9
2. Notas sobre o Estado de Arte	10
2.1. Qualidade	10
2.2. Qualidade de Serviços	13
2.3. Satisfação do Utente.....	16
2.4. Relação Entre a Satisfação do Serviço e a Qualidade	18
2.5. Qualidade em Saúde	19

2.6.	Evolução Metodológica das Ferramentas de Avaliação da Satisfação..	22
2.6.1.	O Modelo SERVQUAL	23
2.6.1.1.	Pressupostos do modelo SERVQUAL.....	24
2.6.1.2.	Causas do deficit de qualidade (modelo Gap)	25
2.6.1.3.	O instrumento	27
2.6.2.	A mudança do paradigma.....	29
2.6.2.1.	Críticas ao modelo SERVQUAL	30
2.6.2.2.	Pressupostos do modelo SERVPERF.....	32
2.7.	Os Modelos Teóricos Aplicados à Saúde.....	33
SEGUNDA PARTE		39
1.	Metodologia.....	39
1.1.	Problema	39
1.2.	O <i>Design</i> do Estudo.....	39
1.3.	O Instrumento	41
1.3.1.	O Questionário e a Escala	41
1.3.2.	Revisão de Conteúdo	42
1.4.	Hipóteses.....	43
1.5.	Caracterização das Variáveis.....	44
1.6.	Universo e Amostra.....	45
1.7.	Considerações Éticas	46
1.8.	Colecta de Dados.....	47
1.9.	Análise de Dados	47

1.9.1. Análise Factorial	47
1.9.1.1. Consistência Interna.....	50
1.9.2. Regressão Múltipla	51
1.9.3. Equações Estruturais.....	52
1.10. Validação do Modelo de Medida.....	55
2. Resultados do Estudo	58
2.1.Caracterização Sócio-Demográfica	58
2.2. Caracterização das Novas Variáveis	60
2.3. Resultados Gerais	61
2.3.1. Confirmação do Modelo Teórico.....	62
2.3.2. Influência das Dimensões da Qualidade na Satisfação Geral.....	65
2.3.3. Influência das Características da População na Satisfação Geral	70
3. Discussão dos Resultados.....	74
3.1. Análise dos Resultados.....	74
3.2. Limitações e Recomendações	81
CONCLUSÃO	83
Plano de Intervenção.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXO I	95
ANEXO II	101
ANEXO III	109
ANEXO IV.....	113

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Evolução do conceito de Qualidade de Serviços.....	15
Tabela 2: Evolução do conceito de satisfação do cliente	18
Tabela 3: Dimensões de qualidade de serviços de saúde	37
Tabela 4: <i>Design</i> do estudo	41
Tabela 5: Caracterização das variáveis	45
Tabela 6: Tamanho mínimo da amostra	49
Tabela 7: Valores de KMO.....	50
Tabela 8: Valores de α de <i>Cronbach</i>	51
Tabela 9: Índices de aderência dos modelos de equações estruturais	54
Tabela 10: Análise Factorial para 4 Factores.....	57
Tabela 11: Consistência interna dos factores	58
Tabela 12: Caracterização sócio-demográfica por género	59
Tabela 13: Caracterização sócio-demográfica por idade	59
Tabela 14: Caracterização sócio-demográfica por escolaridade	60
Tabela 15: Caracterização sócio-demográfica por situação profissional	60
Tabela 16: Caracterização das dimensões da qualidade	61
Tabela 17: Valores das múltiplas regressões do modelo estrutural	64
Tabela 18: Valores dos coeficientes de correlação do modelo estrutural.....	64

Tabela 19: Índices de aderência do modelo de equação estrutural para a “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”	65
Tabela 20: Medidas de tendência central das dimensões da qualidade.....	66
Tabela 21: Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i> dos resíduos (dimensões X satisfação geral)	68
Tabela 22: Diagnóstico de colineariedade (dimensões x satisfação geral)	69
Tabela 23: Coeficientes de regressão (dimensões da qualidade X satisfação geral)	70
Tabela 24: Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> dos resíduos (características sócio- demográficas X satisfação geral)	72
Tabela 25: Diagnóstico de colineariedade (características sócio-demográficas x satisfação geral)	72
Tabela 26: Coeficientes de regressão (características sócio-demográficas X satisfação geral)	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo <i>Gap</i>	27
Figura 2: Modelo estrutural - Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.	63
Figura 3: Padrão de dispersão dos resíduos (dimensões X satisfação geral)	67
Figura 4: Padrão de dispersão dos resíduos (características sócio-demográficas X satisfação geral)	71

ABREVIATURAS e SIGLAS

AMOS - Analysis of MOment Structures
EFQM - European Federation Quality Management
HDJMG - Hospital Dr. José Maria Grande
HSLE - Hospital Santa Luzia de Elvas
ISO - International Standard Organization
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
JCAHO - Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization)
OMS – Organização Mundial de Saúde
PZB - Parasuraman, Zeithaml e Berry
RLM - Regressão Linear Múltipla
RLS - Regressão Linear Simples
SEM - Structural Equation Modeling
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
VIF - Variance Inflation Factor

PRIMEIRA PARTE

1. Introdução

Ao longo da história, o ser humano tem passado sucessivas fases de desenvolvimento que lhe permitem acumular conhecimentos, viver experiências, desenhar expectativas e consequentemente construir o seu padrão de exigência como consumidor. Hoje, como é do senso comum, o cliente têm um papel activo e decisivo na produção e na melhoria dos produtos e/ou serviços que lhe são destinados.

As organizações de saúde não fogem a esta regra, muito devido à permanente mutação global, onde as fontes de informação e conhecimento se multiplicam aumentando as expectativas e necessidades dos consumidores (clientes/utentes/ doentes). As transformações a este nível trouxeram implicações não só a nível da estrutura organizacional e dos processos de gestão, mas também na alteração da própria missão e valores que se renovam constantemente. Neste sentido, as organizações de saúde tendem cada vez mais a adoptar novos métodos de sistemas de gestão que possam mensurar as expectativas dos consumidores, e que tentam a capacidade de aumentar a relação entre a missão das organizações e as expectativas dos próprios consumidores, sejam eles vistos como clientes ou utentes ou doentes.

Se é verdade que nos últimos anos houve uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo no que respeita às componentes técnicas da prestação de cuidados prestados pelos profissionais de saúde, poucas destas melhorias têm sido confirmadas juntos dos consumidores de cuidados de saúde na sociedade portuguesa, em geral, e na região do Norte Alentejo, em particular.

A motivação para a realização deste trabalho experimental surge exactamente neste sentido. Há uma constatação que é impossível pensar na melhoria da prestação de serviços de saúde, ou na implementação de sistemas de gestão de qualidade apoiados nesta ou naquela norma, como “fato à medida”, sem perceber quais as verdadeiras necessidades dos seus consumidores. Que neste caso, é preciso relevar que para além de serem clientes, são também utentes, doentes e contribuintes, actores que não devem ser vistos como elementos passivos do sistema de saúde.

Contudo, ressalta à primeira vista a dificuldade de homogeneizar a diversidade de percepções a expressar pelos utentes. Não obstante esta realidade, a criação de métodos, instrumentos ou mecanismos que tendem a mensurar as necessidades dos utentes, representa uma actividade de extrema importância não só para perceber o resultado do processo de prestação de cuidados de saúde, mas também para uma gestão eficaz dos serviços de saúde. Ou seja, o estudo das necessidades dos utentes permitirá aos profissionais de saúde conceber, planear, gerir, monitorizar e avaliar os processos organizacionais de uma determinada unidade funcional, introduzindo acções preventivas e correctivas que se direccionam cada vez mais às necessidades dos consumidores dos serviços de saúde. O nosso estudo tem esses mesmos objectivos: a) mensurar a qualidade percebida e da satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do Hospital Santa Luzia de Elvas (HSLE), Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), E. P. E.; b) construir um modelo estrutural correspondente; e c) sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de melhoria de qualidade. De realçar que o estudo inicial pretendia estudar a população dos dois hospitais pertencentes a ULSNA, E.P.E., mas que não nos foi possível devido à escassez de recursos humanos. Neste sentido, o presente estudo acabou se cingir apenas ao HSLE.

Em termos operativos de intervenção organizacional, pretende-se criar e ensaiar um instrumento de fácil aplicação, que tenha por base um sistema compreensivo de avaliação e monitorização da percepção dos serviços de saúde, e que última instância, se traduza num sistema que permita avaliar a satisfação dos utentes de ambulatório em serviços de farmácia hospitalar, visando numa perspectiva mais ampla, a melhoria da qualidade do mesmo de acordo com as necessidades do cliente/ utente/ doente.

1.1. Razões de ser do estudo

Nos últimos anos, as organizações hospitalares, assim como outras instituições de saúde apostam cada vez mais em condições estruturais que visam suprimir as necessidades dos clientes, investindo assim num conjunto de benefícios resultantes do aumento da qualidade dos serviços prestados. Realça-se a extrema importância do empenho dos profissionais e das organizações na melhoria da qualidade dos serviços prestados, investido e capacitando os profissionais envolvidos directa ou indirectamente na prestação de serviços de saúde.

O crescente nível de exigência dos consumidores é uma das principais razões para a busca de novas formas de posicionamento no mercado por parte das empresas, de modo a garantir a sua competitividade e sobrevivência. Concomitantemente, a qualidade começa a ser vista não apenas como um pressuposto da prestação de serviços mas também como uma vantagem estratégica que atrai eficiência e o desenvolvimento do sector. Facto este, que também se aplica ao sector da prestação de serviços de saúde. Todavia, as organizações depararam-se uma enorme dificuldade em estabelecer indicadores de qualidade. Da inexistência de instrumentos que mensurem a qualidade de serviços de saúde, nasce a necessidade de desenvolvimento de ferramentas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

O sector da saúde é uma das maiores actividades económicas em todo o mundo, especialmente nos países economicamente desenvolvidos. Além disso, a saúde é também o sector económico mais complexo, pela exposição pública decorrente de todos os cidadãos serem potenciais consumidores, por ter um impacto enorme na vida privada de cada um, por estar presente em todas as decisões políticas, por ter implicações na gestão corrente das organizações prestadoras de cuidados clínicos, e pela enorme diferença de culturas organizacionais provenientes dos diferentes profissionais integrados nas várias equipas multidisciplinares. As expectativas para os próximos anos neste sector, apontam para um aumento da despesa, a um crescimento do desenvolvimento público, e o já sentido aumento das exigências com qualidade de serviço por parte dos consumidores. Ou seja, num futuro muito próximo a prestação de cuidados de saúde, será um enorme desafio para os modelos de gestão.

Segundo Gupta (2008, p.19). “a vida humana depende dos cuidados de saúde proporcionados por outra vida humana”. Esta afirmação remete não só para uma enorme responsabilidade para os profissionais de saúde mas também para a qualidade organizacional das diferentes instituições de saúde. A importância da prestação de cuidados de saúde com qualidade é óbvia. Contudo, para que alguma coisa possa vir a ser melhorada esta tem de ser medida. Mas, como medir e avaliar a qualidade da prestação de serviços de saúde?

No âmbito da gestão de organizações hospitalares a implementação de um processo que pretende avaliar a qualidade dos serviços prestados pela visão dos clientes, posiciona-se como uma importante ferramenta para um processo de melhoria contínua. Porém, trata-se de uma linha avaliativa que recorre à medição indirecta pela via da identificação dos níveis de satisfação dos clientes.

Daqui resulta a ideia da adaptação de um instrumento de medição de qualidade e satisfação de serviços, o SERVPERF, ao caso específico dos serviços farmacêuticos hospitalares. A avaliação deste sector torna-se aliciante devido ao crescimento exponencial desta área. Além disso, é um mercado economicamente muito vantajoso. Consequentemente, a competição neste meio é enorme resultando nos serviços de excelência fornecidos pelas farmácias portuguesas. As farmácias comunitárias de Portugal têm desenvolvido sistemas que estudam a satisfação dos seus consumidores. Pelo contrário, as farmácias hospitalares estão até ao momento desprovidas destes mecanismos. Além disso, este é um sector que se torna cada vez mais regulamentado e certificado o que torna impreterível a avaliação das perspectivas dos seus consumidores¹.

Em síntese, avaliar a qualidade dos serviços de saúde é importante não só para os consumidores e para os profissionais de saúde, mas também para toda a sociedade em geral. Desenvolver um instrumento de medida de qualidade dos serviços de saúde é um importante precursor para a própria organização, para os sistemas de gestão de qualidade, e para os próprios serviços de saúde. Sob esta perspectiva este trabalho pretende avaliar a satisfação dos clientes/doentes/utentes como forma indirecta de medição e compreensão da qualidade dos serviços

¹ Perspectiva-se que com o desenvolver do presente trabalho irá permitir também desmistificar a natureza da avaliação de qualidade de serviços, oferecendo um instrumento através do qual os directores das farmácias hospitalares podem entender e melhorar a qualidade dos serviços, contribuindo assim de forma prática para a melhoria dos serviços, e transmitir o sentido de emergência para a qualidade, fundamentada pela crescente evolução social e económica e pelo aumento da competitividade dos “quasi-mercados” no campo da saúde.

farmacêuticos HSLE, que pertence à ULSNA, E.P.E., através da perspectiva do utente de ambulatório dos referidos serviços.

1.1.1. Objectivos da Dissertação

Este estudo apresenta um enfoque exploratório que pretende identificar os “constituintes” da avaliação dos utentes dos serviços de farmácia hospitalar. Pretende-se assim, criar um instrumento de fácil aplicação, que tenha por base um sistema compreensivo de avaliação e monitorização da percepção dos serviços de saúde – um sistema que possa ser aplicado na área da farmácia hospitalar.

Como objectivos gerais deste trabalho temos então o seguinte e já referido anteriormente: a) mensurar a qualidade percebida e da satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E. P. E.; b) construir um modelo estrutural correspondente; e c) sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de melhoria de qualidade.

De forma mais específica e no quadro da avaliação de qualidade dos serviços do ponto de vista da satisfação dos clientes da organização de saúde, visando a melhoria da prestação de serviço, este trabalho pretende:

- Propor, validar em termos de estudo piloto, um modelo de análise da qualidade de serviços de farmácia hospitalar do HSLE, ULSNA, EPE;
- Identificar as dimensões mais valorizadas pelos consumidores dos serviços farmacêuticos hospitalares;
- Através dos resultados, estabelecer prioridades de acção;
- Sugerir a utilização dos resultados em estratégias adoptadas pela organização para manutenção e melhoria dos serviços oferecidos;
- Fornecer uma ferramenta de investigação na área da farmácia hospitalar.

De relevar que estudos conduzidos por Nelson (1994) citado por Cabral (2007, p.42) sobre a satisfação de clientes numa amostra de organizações de saúde, revelaram que, na prática, alguns dos atributos que determinam a satisfação dos consumidores dos serviços de saúde, não recebem atenção suficiente por parte dos gestores dos serviços. Além disso, os gestores desconhecem a maioria dos atributos usados pelos utentes na avaliação dos serviços de saúde. Com esta pesquisa pretendemos, também despertar todos os farmacêuticos hospitalares e

técnicos de farmácia, para uma reflexão que os aproxime do impacto e/ou resultados gerados pelos cuidados de saúde que prestam. Em suma, propusemo-nos a desenvolver um instrumento e um modelo de mensuração da qualidade percebida pelos utentes externos dos serviços farmacêuticos hospitalares do HSLE, ULSNA, E.P.E. que esperamos que seja útil para os demais profissionais da área. Como tal, o nosso estudo foi dividido nas seguintes fases i) a revisão bibliográfica que suporta os temas em debate ii) a metodologia iii) os resultados iv) e uma fase conclusiva.

1.1.2. Caracterização da ULSNA, E.P.E.

A preocupação com a qualidade dos serviços prestados é uma realidade quase universal. O sector hospitalar não é excepção: a busca é constante em sectores como: recursos humanos, procedimentos médicos, higiene, procedimentos administrativos. Neste sentido, têm vindo a ser aplicadas as mais variadas técnicas na procura da eficiência de prestação de serviços hospitalares. Veja-se a adopção de programas de qualidade cada vez mais incorporados no nosso dia-a-dia. Segundo Moraes et al (1994) citado por Cabral (2007, p.33), as instituições de saúde devem investir na qualidade de prestação dos seus serviços, através de uma gestão eficiente, planeada, criativa, inovadora e que tenha capacidade de modernização. De acordo com o mesmo autor, a busca da qualidade nos serviços de saúde deve ser centrada não apenas nos aspectos médicos ou nos resultados, mas fundamentalmente no processo. Neste processo são incorporados muitos mais que actos do que a prestação dos cuidados de saúde em si mesmo. Aqui são englobados todos os serviços assistências do hospital incluindo a farmácia hospitalar, essencial ao sucesso do acto médico final.

Este trabalho de pesquisa teve como população-alvo os utentes em regime de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, recentemente incorporado na ULSNA, E.P.E.. Esta unidade é uma unidade integrada na rede de prestação pública de cuidados de saúde à população do distrito de Portalegre e é constituída pelos seguintes hospitais distritais: o Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre (HDJMG) e o HSLE bem como pelos agrupamentos de centros de saúde do Caia e de São Mamede (Ribeiro, Salgueira, Araujo, Silva & Redondo, 2008, p.1). A missão da ULSNA, E.P.E. consiste em promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a

qualidade dos serviços prestados, à tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. A sua visão consiste em constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das actividades desenvolvidas (Ribeiro, et al, 2008, p.2).

Como principal objectivo, a ULSNA, E.P.E. pretende prestar de cuidados de saúde e primários, secundários, de reabilitação, continuados integrados e paliativos à população. Como objectivos específicos destacamos:

- Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
- Promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade;
- Atingir a integração sistémica, estrutural vertical, funcional clínica, informação e financeira e normativa da organização;
- Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- Melhorar a eficiência técnica e económica;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- Valorizar o capital humano assegurando a formação contínua aos seus profissionais (Ribeiro, et al, 2008, p.2).

Como se pode perceber, o hospital é uma instituição que tem como função prestar cuidados de saúde e à população de uma determinada região, e como tal também possui grande importância social. No desempenho das suas funções, os hospitais abrangem um vasto número de actividades e serviços que interagem entre si para consecução dos objectivos organizacionais. Os serviços farmacêuticos hospitalares, regulamentados por diploma governamental, constituem uma estrutura importante dos cuidados de saúde dispensados em meio hospitalar. Têm por objectivo o conjunto de actividades, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados. São os serviços que dentro dos hospitais, asseguram a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, integram equipas de cuidados de saúde e promovem acções de

investigação científica e ensino (Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar, 2005, p.10). Neste contexto, é da responsabilidade dos serviços farmacêuticos hospitalares:

- A gestão (selecção, aquisição, armazenamento e distribuição) do medicamento;
- A gestão de outros produtos farmacêuticos (como reagentes, ou gases medicinais);
- A implementação e monitorização da política medicamentosa, definida em termos nacionais pelo Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e a nível da instituição pela Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- A gestão de medicamentos experimentais;
- A gestão da segunda maior rubrica do orçamento dos hospitais (Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar, 2005, p.11).

Algumas especificidades inerentes a este sector tais como: a autonomia técnica e científica, as constantes responsabilidades de gestão de medicamentos, e o facto de uma grande parte dos orçamentos dos hospitais se destinar à gestão do medicamento, exigem que sejam implementados sistemas que garantam a qualidade dos serviços prestados nas farmácias hospitalares.

Destes mecanismos resulta muitas vezes a necessidade de avaliação da satisfação do utente relativamente a qualidade dos serviços prestados. Inserida na farmácia hospitalar, a dispensa de medicação em regime de ambulatório, é a área da farmácia hospitalar em que se contacta mais com o cliente. As restantes formas de dispensa de medicamentos pressupõe a administração por parte do enfermeiro. Desta forma, a dispensa em ambulatório é o processo através do qual a satisfação dos clientes pode ser medida de forma mais imediata, e daí este o enfoque no cliente em regime de ambulatório.

Para apoiar iniciativas como estas a ULSNA, E.P.E. dispõe de uma Comissão da Humanização e Qualidade dos Serviços (órgão multidisciplinar de apoio técnico ao conselho de administração) que têm como objectivo a promoção da qualidade e humanização dos serviços. Compete a esta comissão:

- Monitorizar a concretização das metas definidas no Plano Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde;

- Formular a política de qualidade orientada para o utente, nas dimensões de garantia, planeamento, controle estatístico e melhoria contínua;
- Avaliar as diferentes dimensões de qualidade incluindo as dos custos da não qualidade (Ribeiro et al, 2008, p.7).

Segundo os mesmos autores a política de qualidade inclui ainda, a aplicação global, sectorial ou local de normas de certificação e acreditação, conforme a estratégia de cada unidade funcional.

1.1.3. Estrutura da Dissertação

O nosso trabalho de investigação foi dividido em três grandes fases. Na primeira fez-se uma resenha sobre os pressupostos da qualidade, (qualidade de serviços e qualidade em saúde); abordou-se as bases teóricas da construção dos modelos SERVQUAL e SERVPERF e criticou-se os mesmos; fez-se a adaptação do questionário a visão da saúde; e finalmente abordou-se as técnicas que levaram à construção do modelo inerente ao questionário, assim como à avaliação dos resultados obtidos. Na segunda parte, foi desenhada a metodologia adaptada, e expostos e discutidos os resultados obtidos. Finalmente, o estudo terminou com uma fase de conclusão onde foi proposto um plano de intervenção.

2. Notas sobre o Estado de Arte

Medir a qualidade de serviços revela-se uma tarefa extremamente complexa. E a área da saúde levanta ainda mais preocupações. Neste caso, as dificuldades são acrescidas com as especificidades inerentes a este sector. Contudo, os profissionais de saúde devem continuar a desenvolver esforços no sentido da avaliação da qualidade de serviços, de forma a caracterizar os aspectos mais importantes para os seus consumidores. O presente estudo é reflexo disso mesmo. É a busca de um instrumento de trabalho capaz de mensurar a qualidade dos serviços prestados em farmácia hospitalar.

2.1. Qualidade

Actualmente vivemos numa época de grandes mudanças em todos os sectores. Mudanças económicas, sociais, organizacionais, de valores e mesmo de crenças. Neste mundo em constante mudança, a qualidade começa a ser observada como um compromisso das mais diversas áreas.

A qualidade apresenta já um longo historial ligado às preocupações de outputs industriais, e por isso uma visão de desenvolvimento muito ligada a Engenharia. Segundo Lopes (2005, p.24) as primeiras referências a gestão científica de processos de trabalho surgem no século XX, com a separação de tarefas de controlo e planeamento de Taylor. Segundo este, a gestão do trabalho deve ser feita com o recuso a tempos e movimentos “como meio de analisar e padronizar as actividades de trabalho”, numa lógica de *Best way*, devia dissociar-se o treino do trabalhador de modo a realizar o seu trabalho de modo mais eficiente. O baixo poder de compra e a enorme escassez de produtos principalmente durante a primeira Grande Guerra Mundial (1914-1918), potenciaram a primeira actividade significativa em função da qualidade: os inspectores. Contudo, só no último quarto de século se perspectivou uma visão mais ampla, com o alagamento às perspectivas económicas e processuais da qualidade. A tentativa de

standardização de procedimentos surge apenas na década de cinquenta com a emergência de um maior nível de segurança na produção de regras para a indústria eléctrica. Posteriormente, vinte e cinco países alargaram o âmbito destas normas formando a *International Standard Organization* (ISO) que hoje congrega a quase totalidade dos países, sendo já 158 em 2007 (Lopes, 2007, p.10). Segundo o autor, as teorias da qualidade assentam essencialmente numa história de tentativa de produção de regras para a standardização de todo o tipo de produtos durante os últimos cinquenta anos. As regras são, em cada sector, estabelecidas de acordo com as comissões técnicas (TC-ISO) as quais são órgãos colegiais representativos dos profissionais e dos estados. Actualmente existem cerca de 200 TC-ISO que definem, criam e gerem cada sector com o que é considerado a “conformidade total”. Para além das normas ISO, existem alternativas que pode atingir bons resultados nos processos de qualidade, são elas: a teoria do “Melhoramento Permanente da Qualidade” de Juran², o sistema *European Federation Quality Management* (EFQM) lançado pela União Europeia, os “Círculos da Qualidade” originados partir das teorias de Deming³, e a Função de Inserção de Qualidade (QFD- *Quality Function Deployment*) de Hauser e Clausing (Lopes, 2007, p.12).

Como é observável as evoluções da qualidade estavam essencialmente centradas nos processos fabris. O cliente final, pura e simplesmente, não era o fulcro das suas preocupações. A visão de qualidade era essencialmente técnica. Na década de 80 dá-se de novo uma viragem que têm como principal motor a inclusão dos desejos e preferências dos clientes, nos processos de qualidade, passando a qualidade a ter um carácter multidimensional. A *American Airlines* e a *Philips* foram as primeiras empresas a utilizar como ferramentas de gestão a satisfação do consumidor (Nascimento, 2000, p.54).

Em termos conceptuais a palavra qualidade, deriva do étimo *qualitate* (lat.), que designa cada uma das propriedades ou caracteres, naturais ou adquiridos, que caracterizam as pessoas e as coisas pelas quais se distinguem das outras. Na segunda acepção, qualidade é uma das categorias fundamentais que indicam a maneira de ser (*qualis est*) de um indivíduo como elemento diferenciador da sua essência, da sua qualidade (*quid est*), isto é, o que uma coisa é em si.

² Juran tornou-se célebre com a publicação, em 1951, do Manual de Controlo da Qualidade (Quality Control Handbook), que continua a ser um livro de referência sobre a qualidade

³ Americano, destacou-se pela sua ajuda ao governo Japonês na produção de estatística na área da qualidade. Posteriormente, dedicou a sua vida à compreensão e promoção da qualidade por todo o mundo.

Analisando as definições propostas pelos autores clássicos o conceito de qualidade tem assumido varias definições. Deming (1947) citado por Lopes (2005, p.30), acreditava que existia umnexo causal entre a qualidade e produtividade, por um lado, e a variabilidade por outro, aumentado aquelas à medida que esta diminuía. Segundo o autor “ a ideia chave é a eliminação do vírus da variabilidade.” Outras definições incluem: “conformidade com o requerido” (Crosby⁴); “adequado ao uso” (Juran); ou “o que satisfaz os consumidores” (Jain & Gupta, 2004, p.26). Deming (1989) citado por Olalde (2008, p.29) perspectiva as necessidades dos consumidores e considera que qualidade é “oferecer, a baixo custo, produtos e serviços que satisfaçam os clientes, implicando um constante compromisso com a melhoria.” Crosby (1979) citado Jain e Gupta, (2004, p.26), confere a qualidade como um cumprimento de normas e requisitos precisos que leve ao “fazer bem desde a primeira vez e obtendo zero defeitos.” Fegenbaun (1995) citado por Olalde (2008, p.32) refere que a qualidade é a totalidade dos traços e características de um produto ou serviço, referente às necessidades estabelecidas ou implícitas que visam satisfazer os clientes.

A nível competitivo, a qualidade perspectiva-se mesmo como uma ferramenta de desenvolvimento estratégico. Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (PZB), (1990, p. 10) a qualidade oferece várias vantagens competitivas entre as quais:

- Permite o aumento dos preços através de uma qualidade superior;
- O crescimento da empresa através da consolidação de práticas;
- A fidelização de clientes;
- E aumento da eficácia da empresa.

Assim sendo, a qualidade pode ser encarada como uma característica intrínseca a todas as actividades realizadas pelos seres humanos, que por sua vez encontram uma constante necessidade de desenvolver mecanismos de correcção de erros e aperfeiçoamento do que previamente já poderia ser considerado satisfatório. Neste sentido, destaca-se a necessidade de envolvimento de todos os recursos adjacentes aos processos. Segundo Cozendey (2007, p.27), “só é possível alcançar a qualidade quando houver um esforço geral e um empenho individual pela máxima satisfação dos clientes e pela eficiência da mesma.” Para este efeito, enfatiza-se a necessidade de motivação dos profissionais para que

⁴ Colocou ênfase na busca da qualidade com a busca dos “zero defeitos”

estes estejam envolvidos na busca da satisfação dos clientes com os serviços ou produtos oferecidos.

2.2. Qualidade de Serviços

Para explorar algumas características adjacentes à prestação de qualidade de serviços, é necessário esmiuçar alguns conceitos bastante distintos. Inicialmente buscaremos definir serviços. Mais uma vez, esta vai revelar-se uma tarefa bastante complexa.

Para Kotler (1997) citado Cozendey (2007, p.6), serviço é “qualquer acto de desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada.” Lovelock e Wright (2001) citado por Cabral (2007, p.7) definem serviços como “actividades económicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes [...] como consequência da realização de uma mudança desejada em nome do destinatário do serviço.” Para Johnson e Clark (2002) citados por Olalde (2008, p.37) o “serviço é a combinação dos resultados e experiências proporcionais ao cliente e recebidas por ele, assim, o cliente julga a qualidade do serviço tanto pela experiência quanto pelo resultado”. Gronroos (2003) citado pelo mesmo autor, inclui na sua definição algumas características dos serviços e afirma que “serviço é uma actividade ou uma série de actividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontecem durante as interacções entre cliente e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s)”. Pinho, Rego e Kastenholtz (2006, p.3) centram a sua definição na capacidade de resolver problemas e/ou necessidades dos clientes e definem serviço como “o acto (ou conjunto de actos), performance ou processo, oferecido a clientes como solução para os seus problemas e necessidades e, conseqüentemente, experimentado e não “possuído” pelos mesmos”.

Adjacente a estes conceitos, a bibliografia apresenta várias características exclusivas aos serviços quando comparadas à produção de bens, que os tornam tão difíceis de mensurar:

- Intangibilidade: que decorre do facto de não se poder trocar um serviço, inspeccioná-lo antes da compra, ou guardá-lo após a mesma.
- Heterogeneidade: que significa que a standardização dos serviços é difícil, sobretudo devido às características anteriormente referidas, já que cada serviço depende de um conjunto de factores circunstanciais, onde se destaca a interacção entre o prestador de serviço e o cliente, resultando numa experiência vivida de forma única num dado momento e avaliado de modo muito subjectivo.
- Simultaneidade ou Insuperabilidade: que resulta do facto do consumo e produção ocorrerem simultaneamente, o que conduz tipicamente à integração do próprio consumidor no acto de produção do serviço.
- Perecibilidade: que provém do facto do serviço não ser armazenável, sendo por isso impossível produzi-lo antecipadamente para enfrentar picos de procura ou guardá-lo quando a mesma escassear, o que conduz à necessidade de uma cuidadosa “gestão da procura” por parte da organização. (Zeithaml et al. 1990, p.17; Pinho, Rego e Kastenholz, 2006, p.3)

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

Após esta análise, em torno do conceito de serviços, debruçar-nos-emos sobre o conceito de qualidade de serviços. Lovelock e Wrigth (2001) definem qualidade do serviço como “uma opinião do cliente sobre a entrega do serviço constituída de uma série de experiências bem e mal sucedidas com o serviço similar”. De maneira similar Fitzgerald (1993) afirma que “qualidade do serviço é a totalidade de aspectos e características do pacote do serviço que se apoia na sua capacidade de satisfazer o cliente” (Cabral, 2007, p.14). Segundo PZB, uns dos autores mais marcantes no estudo da qualidade de serviços e satisfação dos clientes, citados por Jain e Gupta (2004, p.26), a qualidade de serviço é a “diferença entre o que os clientes querem (expectativas) e a percepção do que eles têm (percepções)”. É com base nesta premissa que os autores apresentam uma escala que mede a satisfação dos clientes, a escala SERVQUAL. Com base

nestas, e noutras definições apresentamos de seguida um quadro resumo da evolução do conceito.

Tabela 1: Evolução do conceito de Qualidade de Serviços

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Gronroos	1978/1983		Qualidade técnica do resultado; qualidade funcional do serviço disponível; imagem corporativa.
C. Lovelock	1983	Comparando aquilo que as pessoas esperam do serviço, e aquilo que vêem e recebem. O momento de encontro em que o serviço é prestado.	
PZB	1985	Desconfirmação.	SERVQUAL: dez dimensões.
Zeithaml	1987	Qualidade visível é o juízo do consumidor acerca do desempenho de excelência ou superioridade de uma entidade.	
Gronroos	1988		Profissionalismo e capacidades, reputação e credibilidade, comportamento e atitudes, acessibilidade e flexibilidade, confiança, fidedignidade.
Parasuraman et al	1988 1991 1993	Uma forma de atitude, relacionada mas não equivalente à satisfação, e resultados de uma comparação de expectativas com percepção da qualidade.	
Babakus e Mangold	1992	Desconfirmação.	Adaptação à área hospitalar.
Berry e Parasuraman	1992	Desconfirmação.	Ajustes ao SERVQUAL.
Cronin e Taylor	1992	Desconfirmação.	SERVPERF (como resposta ao SERVQUAL).
Zeithaml et al	1993	Comparação entre o serviço desejado e o serviço visível.	Análise dos Gap's.

Adaptado: Lopes, 2007, p.21.

De forma mais ou menos marcante, todas as empresas competem por serviços de qualidade. A qualidade torna-se assim, uma vantagem competitiva. Ou seja, um contrato com a qualidade do serviço pode espelhar-se num futuro próximo num aumento económico para a empresa. (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990, p.3).

2.3. Satisfação do Utente

Actualmente, predomina a opinião geral de que a satisfação é um dos conceitos mais fortes da gestão de qualidade. Investigadores, professores e gestores, dão um forte apoio e um elevado nível de prioridade a todos os aspectos relacionados com a satisfação do cliente. Tal como a qualidade do serviço, a importância da satisfação do cliente também atingiu um nível de exagero. É comum admitir que um nível elevado de satisfação dos clientes é bom para o negócio ou actividade. Fornell (1994) citado por Lopes (2007, p.31) afirmou que este é um dos melhores indicadores para um bom desempenho financeiro, e de uma sobrevivência das empresas.

No entanto, quando se começa a trabalhar nesta área, verifica-se à semelhança do que se disse para a qualidade de serviços, a existência de grandes fragilidades infra-estruturais: a definição da satisfação não é clara, sendo por isso interpelada em sentidos muito diferentes, pelo que não é possível estabelecer uma linha de concordâncias quanto a esta definição. Apesar de existirem várias definições de satisfação do cliente associadas a vários constructos como a emoção, o prazer, o pensamento, quase todas assentam num paradigma da desconfirmação. As primeiras definições de satisfação do cliente surgem nos anos 70, fazendo referência às emoções, com o prazer e a felicidade. Outros autores, como Andaleeb, Siddiqui e Khandakar (2007, p.265) consideram a satisfação como uma emoção mas num sentido diferente, o de surpresa. Numa outra perspectiva, ainda na linha emocional, a satisfação é analisada como uma emoção de prazer. Num sentido mais consciente encontra-se a definição de Hunt (1977) citado por Lopes (2007, p.33). Para este autor a satisfação é uma emoção proveniente dos resultados práticos e das experiências associadas a compra. Ainda nesta linha de pensamento, Fournier e Mick (1999) citados por Lopes (2007, p.33), definem a satisfação como um fenómeno de complexidade, ao estudarem empiricamente a teoria da desconfirmação, encontram os seguintes factos: a satisfação é um processo dinâmico; têm uma forte componente social; inclui raciocínio e afectos; está dependente de elementos contingências podendo por isso situar-se em cada caso em diferentes paradigmas, modelos teóricos e modelos explicativos; e é mediada pela satisfação geral com a experiência da vida.

Paralelamente, alguns estudos concluem que a satisfação do cliente é um constructo afectivo. Landrum, Prybutok e Zhang (2007, p. 105) definem satisfação

como uma sensação resultante de uma experiência actual. Por sua vez, Clerffeuille et al (2008, p.259) conjuga estas definições e preconiza a satisfação do utente “como um processo que resulta de processos cognitivos e julgamentos emocionais”. De acordo com PZB a satisfação do utente baseia-se no paradigma da “desconfirmação” das expectativas do cliente. Por outras palavras, a satisfação é obtida quando o cliente compara o que recebe com o que deveria receber no seu entendimento. Para os autores apenas a satisfação do utente é capaz de criar intenções de compra. Contudo, Cronin e Taylor (1994, p.129) afirmam que apenas a qualidade do serviço é passível de criar intenções de compra de uma forma mais duradoura e realçam a necessidade de avaliar a percepção da qualidade dos serviços prestados. Wilton e Nicosia (1986) citados por Raposo, Alves e Duarte (2008, p.86) abandonam a perspectiva da satisfação do utente como um processo estático. Para os autores a satisfação do utente é um processo complexo que resulta das interacções em vários momentos de compra. Esta perspectiva afirma que a satisfação não é um produto estático resultante de um episódio apenas, mas um sentimento resultante de uma série de actividades contínuas ao longo de um determinado tempo.

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

À semelhança do que foi feito relativamente ao conceito de qualidade de serviços, apresentamos um quadro resumo onde podemos observar a evolução do conceito de satisfação do cliente que passa pelas ideias de percepção e expectativas até à noção de lógicas cognitivas e de modelos de desconfirmação e de discrepância entre as expectativas e os desempenhos verificados ou observados.

Em suma, à semelhança do que acontece com a ideia de qualidade de serviços a procura da satisfação do cliente é vantajosa não só para os mesmos, como para a fidelização com o serviço. Os consumidores satisfeitos com o serviço manifestam intenções de continuidade com o mesmo, a longo ou médio prazo. Por outro lado, um cliente insatisfeito pode não só consumir menos o serviço, como procurar serviços alternativos, cada vez mais usuais no sector da saúde. À semelhança do que foi feito anteriormente, a Tabela 2 sistematiza a evolução do conceito de satisfação do cliente ao longo do tempo.

Tabela 2: Evolução do conceito de satisfação do cliente

Autor	Ano	Definições de qualidade
Howard e Seth	1969	Satisfação é o intervalo entre a percepção e a expectativa.
Hunt	1977	Destaque para a componente cognitiva.
Oliver	1977	Modelo da desconfirmação adaptado á Satisfação.
Westbrook e Oliver	1991	Modelo da Desconfirmação.
Bolton e Drew	1991	A satisfação do cliente é uma função da desconfirmação que advém das discrepâncias entre expectativas prévias e performance actual.
Zeithaml et al	1993	A comparação entre o serviço previsto e o percebido.
Oliver	1996	A satisfação é a resposta completa do consumidor. É um julgamento acerca do carácter de um produto ou serviço em si mesmo, fornecido, num nível confortável relacionado com o consumo-satisfação.
Zeithaml, Bitner e Gremler	2006	Expectativa como elemento central da satisfação.

Adaptado: Lopes, 2007, p.36

2.4. Relação Entre a Satisfação do Serviço e a Qualidade

Numa primeira aproximação da bibliografia disponível e consultada, parece-nos que subjaz a ideia de uma certa confusão entre os conceitos de qualidade do serviço e a satisfação do cliente, já que ambos os conceitos apresentam de certo modo uma difícil distintividade e delimitação de métricas construtivas específicas. Daí a necessidade de clarificar os conceitos de forma distinta.

Na realidade, a perspectiva de qualidade de serviço prestado aos clientes, baseia-se na percepção pelo consumidor que recebeu um serviço conforme era esperado que sucedesse. Por seu turno a satisfação, é o nível de preenchimento de uma expectativa anteriormente criada. Como se pode observar há uma enorme proximidade nos conceitos. A principal diferenciação reside no facto da expectativa ser algo pessoal e a prestação do serviço “com qualidade” remeter para um esquema de conformidades tecnicamente estandardizado de acordo com um referencial. Pode-se invocar nesta discussão se o que está rígido corresponde ao que socialmente é “uma coisa bem-feita” (Lopes, 2007, p.49).

Podemos ainda cruzar os dois conceitos no que respeita aos dois desempenhos. Na satisfação temos um serviço gerador de satisfação e o serviço gerador de insatisfação. Na qualidade temos a conformidade ou a não conformidade. O cruzamento destas várias alternativas pode levar a situações bem bizarras: um serviço pode ser bem feito, e pode ser acompanhado de insatisfação, mas um serviço também pode ser mal feito e ser acompanhado de satisfação.

Por outro lado, a dificuldade de distinção entre os dois conceitos advém do facto de ambos produzirem efeitos sobre a intenção de compra. Alguns autores admitem que a qualidade do serviço vem antes da satisfação do cliente. Outros assumem que é a satisfação do cliente que demonstra que o serviço prestado assume padrões de qualidade. Apesar das dificuldades conceptuais a busca da percepção de satisfação ou a qualidade dos serviços, deve ser encarada como a busca de um indicador de intenção de compra mas também uma oportunidade de favorecer outros procedimentos não visíveis (Udo, Bagchi & Kirs, 2008, p.316).

Por qual optar? Segundo Lopes, (2007, p. 50) o construto utilizado deve assentar na filosofia da gestão, ou seja, deve-se optar por aquele que dá ao mercado aquilo que ele solicita. Na nossa perspectiva, a qualidade do serviço através da visão do cliente pode ser uma resposta sólida nos seus fundamentos técnicos, éticos e potencialmente mais gratificante para o mercado.

2.5. Qualidade em Saúde

Analizando a prestação de serviços de saúde em geral e em particular prestação de serviços em meio hospitalar, percebe-se a crescente preocupação dos administradores e gestores em geral com a qualidade de serviços prestados. Tendo em conta que os hospitais são instituições altamente complexas e, que por possuírem como função principal a prestação de cuidados de saúde à população, esta garantia assume-se mesmo como uma responsabilidade social.

Embora haja relatos históricos reveladores da existência de mecanismos de avaliação dos actos médicos e dos serviços de saúde desde o século XVI, o uso do controle estatístico e da avaliação científicas dos cuidados médicos desenvolveram-se lentamente, uma vez que este não era considerado por si só um pressuposto necessário à prática da medicina. A história da qualidade na saúde inicia-se no final do século XIX. Nesta altura, o objectivo subjacente aos profissionais de saúde centrava-se apenas na prestação de cuidados de saúde ao doente, com a preocupação de aplicar ou desenvolver as técnicas mais adequadas para tal. No final do século XX, observou-se alguns avanços a nível da standardização de técnicas de medicina em geral. Contudo, a prestação de cuidados de saúde continua a centra-se em questões teóricas e técnicas. Só no final deste século,

emerge a necessidade de regulamentação ética e deontológica na prestação de cuidados.

Actualmente, a ênfase dos cuidados de saúde centra-se numa perspectiva mais holística do utente. Sendo assim, torna-se necessário caracterizar o conceito de qualidade tendo em conta que o sector da saúde apresenta algumas especificidades que tornam a avaliação da satisfação dos consumidores e da qualidade do serviço, mais difícil comparativamente a outros sectores. Além disso, as expectativas dos consumidores estão em constante mutação e são cada vez mais elevadas. Facto que se deve em muito ao aumento da informação por parte dos utentes que não hesitam na procurar serviços e/ou bens alternativos. Assim sendo, a aposta em serviços de saúde de qualidade começa também a revelar-se uma vantagem estratégica. (Ramsaran-Fowdar, 2005, p.428; Andaleeb et al, 2007, p.265).

Concomitantemente, o consumidor dos serviços de saúde é diferente do consumidor de serviços genéricos, impondo por isso metodologias próprias. Os principais itens de diferenciação são: a relação didáctica assimétrica entre os profissionais de saúde e os utentes/doentes/clientes/consumidores; a obrigação de exercício de uma componente ética durante o desempenho do serviço que muitas vezes está subordinada a obrigações do foro jurídico; a preocupação científica da assimetria entre a maior parte dos prestadores de saúde e o consumidor dos serviços de saúde; o extremo envolvimento emocional e cognitivo de ambas as partes na prestação do serviço; e o facto de muitas as vezes os pacientes não poderem participar na escolha do tipo de serviços a prestar (Lopes, 2007, p.119).

De acordo com Paul III (2003^a, p.91), outro factor que dificulta a avaliação de qualidade dos serviços de saúde é a pluralidade de papéis, na maioria das vezes com relações de poder e conhecimento completamente assimétricas. Consequentemente, cada grupo de actores possui perspectivas diferentes sobre a qualidade dos serviços. Os profissionais de saúde medem a qualidade em termos de resultados de saúde, por exemplo, a melhoria dos doentes após uma determinada terapêutica. Os gestores do sistema utilizam meios mais burocráticos para o mesmo efeito como o número de horas de uma equipa de cirurgia numa determinada intervenção. Os pagadores medem a qualidade como a redução de incidência de uma determinada doença. Os pacientes tendem a medir a qualidade como função da sua interacção individual e pessoal com os seus prestadores de cuidados de saúde (Browsers, 2000, p.59; Lopes, 2005, p.39). Segundo Gronroos

(1983) citado por Lopes (2007, p.14), existem sempre duas formas de qualidade na prestação de serviços: a “qualidade técnica”, geralmente não disponível ao público, baseada em medidas e procedimentos inerentes a produção do bem e/ou serviço; e a “qualidade funcional”, que diz respeito à forma pela qual o serviço foi entregue. Apesar de estar directamente relacionada com o cliente, medi-la é uma tarefa difícil e altamente subjectiva. Uma vez que os consumidores dos serviços de saúde não têm capacidades técnicas para avaliar os mesmos, colocando mais ênfase nos aspectos que controlam. Consequentemente, os utentes tentem a avaliar os aspectos técnicos de uma forma mais “holística” (Lopes, 2005, p.35; Lopes, 2007, p.15).

Perante estas dificuldades, emerge mais uma vez, a necessidade de conceptualização do conceito de qualidade de serviços de saúde. Segundo Ovretveit citado por Gupta (2008, p.18), a qualidade em saúde é um “conjunto de necessidades de saúde que são satisfeitas ao mais baixo preço para a organização, de acordo com as directivas das autoridades de saúde e das normas internacionais”. Desta definição ressalta o objectivo da prestação de cuidados de saúde: suprimir as necessidades dos doentes. E assim sendo, a avaliação da sua perspectiva é imperioso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Olalde (2008, p.29) defende que “todo o indivíduo têm o direito ao mais alto nível de saúde alcançável”. Isto inclui a qualidade da prestação de cuidados de saúde como um objectivo de todos os profissionais de saúde, definindo como principais requisitos: um alto nível de excelência profissional, um uso eficiente dos recursos, e a minimização dos riscos para o paciente em alto nível de satisfação do utente. Outras organizações internacionais tais como o *National Committee on Quality Assurance*, *The Center for Medicare and Medicaid Services*, e *The National CAHPS Benchmarking Database*, estão a desenvolver métodos específicos de avaliação de satisfação dos utentes (Andaleeb et al, 2007, p.264).

A nível nacional, desde no final dos anos 80 que se vêm assistindo a um claro desenvolvimento na área da qualidade na saúde, mas só nos últimos anos a saúde enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de qualidade: “Saúde, um Compromisso – estratégia de saúde ao virar do século”, foi assumida como uma das orientações estratégicas fundamentais. No âmbito dessas orientações, surge em 1998, o Sistema da Qualidade na Saúde, cuja missão é o desenvolvimento contínuo dos cuidados de saúde. Posteriormente, foram criados o Conselho Nacional da Qualidade em Saúde e o Instituto da Qualidade na Saúde,

que têm vindo a desenvolver trabalho de mérito nomeadamente o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (Lopes, 2005, p.27).

Actualmente, o Plano Nacional de Saúde têm como uma das suas metas, melhorar a qualidade de vários serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde a perspectiva do utente deve ser avaliada regularmente. E de acordo com o mesmo, o utente é a razão de ser do trabalho dos profissionais de saúde. Medir o serviço prestado referindo-se à qualidade sob a óptica do consumidor dos serviços de saúde e por meio da sua percepção, é uma aproximação à compreensão da qualidade do serviço, já que é o paciente quem directamente o recebe (Ministério da Saúde, 2004).

2.6. Evolução Metodológica das Ferramentas de Avaliação da Satisfação

Devido à emergente necessidade de avaliação da qualidade de serviços, a identificação e medição dos vários processos que conduzem à satisfação dos clientes têm vindo a ser abordada por um grande número de autores.

Segundo Lopes (2005, p.44) os primeiros estudos sobre a qualidade dos cuidados de saúde foram, muito provavelmente, levados a cabo por Romanos que, ao que tudo indica, terão feito registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares. Uma das primeiras metodologias que pretendia avaliar a satisfação dos utentes foi desenvolvida em 1980 por Donabedian e sugere o método estrutura/processo/resultado. De acordo com o autor, este modelo fornece os critérios necessários à criação de um modelo de “cuidados de saúde de excelência”. A estrutura do modelo inclui: características de estrutura, tais como equipamentos, quartos, pessoal, organização dos cuidados, processo de referenciação, características do processo, que inclui a forma como são prestados os cuidados de saúde; e as características dos resultados que representa os resultados do serviço prestado (Gupta, 2008, p.20).

Outro instrumento, sem dúvida um dos mais aplicados na medição de qualidade dos serviços, foi desenvolvido em 1988 por PZB e trata-se do modelo SERVQUAL, que pretende medir a qualidade de serviços em vários sectores. Este modelo surge na sequência do modelo “Gap” e têm por base a premissa de que as

expectativas, subjectivas a cada indivíduo, influenciam a qualidade percebida do serviço. Neste modelo os clientes fazem a sua avaliação sobre as expectativas e as percepções da qualidade do serviço em cinco dimensões: aspectos tangíveis, confiança, capacidade de resposta, segurança e empatia. Da diferença entre as expectativas e as percepções resulta então a qualidade do serviço relativamente às diferentes dimensões. (Bowers, 2000, p.62; Ramsaran-Fowdar, 2005, p.431; Landrum, Prybutok & Zhang, 2007, p.105).

2.6.1. O Modelo SERVQUAL

O modelo utilizado nesta investigação surge de uma adaptação do modelo SERVQUAL, um dos modelos mais usados em todo o mundo no contexto de avaliação da satisfação e de qualidade de serviços, tanto em ambiente académico como em campos de aplicação mais prática. Neste sentido, será explicado o funcionamento do instrumento original, o qual será sujeito a algumas alterações de acordo com o contexto de causa.

O modelo SERVQUAL foi desenvolvido em 1988 por PZB. Este instrumento emerge do modelo “Gap” que representa as possíveis lacunas entre as perspectivas do consumidor e dos profissionais relativamente à qualidade de serviços. O modelo SERVQUAL é assim um instrumento genérico de medição da qualidade de serviços sobre a perspectiva do cliente (Kettinger & Lee, 1997, p.224; Paul III, 2003). O objectivo deste modelo é servir de elemento de avaliação qualitativo e quantitativo no domínio da prestação de serviços, tendo como referências a percepção da qualidade do serviço pelo consumidor, e a suas expectativas a propósito de um dado consumo.

A escala SERVQUAL, desenhada como um dispositivo de medição definitivo para a qualidade de serviços, parte do princípio que os consumidores possuem expectativas pré-formadas em relação à experiência do serviço. Após a conclusão do serviço, o consumidor compara então as suas expectativas com as suas percepções do serviço prestado. O peso das percepções face as expectativas é teorizado como resultado num julgamento sobre a qualidade (Bowers, 2000, p.62; Ramsaran-Fowdar, 2005, p.431).

A utilidade prática da escala SERVQUAL é incontestável. Primeiro porque pode servir como uma avaliação das “boas práticas” de um serviço. Temos por exemplo a avaliação da satisfação dos clientes internos e externos após a implementação de sistemas de gestão de qualidade. Por outro lado, a escala SERVQUAL pode ser utilizada como um diagnóstico descritivo. Desta forma, avaliações periódicas das diferentes dimensões podem identificar problemas específicos do serviço. De uma forma resumida a importância do SERVQUAL prende-se com a capacidade de diagnóstico tanto com objectivos internos como externos (Kettinger & Lee, 1997, p.223).

2.6.1.1. Pressupostos do modelo SERVQUAL

De acordo com Cozendey (2007, p.12), a qualidade é definida “pela diferença (*Gap*) entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada”, ou seja, é a diferença entre as percepções e as expectativas do cliente. Para compreendermos claramente o conceito da qualidade percebida é necessário primeiro compreender os conceitos de expectativas e percepções e como estes estão relacionados entre si.

A percepção do cliente é um conceito bastante utilizado pelos gestores em termos de medições de qualidade. A opinião do cliente é bastante considerada já que na maioria dos casos o produto e/ou serviço em causa representam a fonte de sucesso ou fracasso da empresa. Ou seja, o cliente é quem consome o produto e/ou serviço, e como tal interessa avaliar a sua visão. Através do modelo *Gap*, apresentado mais à frente, podemos observar que as percepções dos clientes relativamente ao serviço prestado, são formadas essencialmente, por dois factores: a prestação do serviço em causa e a comunicação inter-pessoal. Alguns autores como Olalde (2008, p.39) afirmam ainda que a percepção é uma dimensão bastante influenciada pelo contexto sociocultural e hábitos e costumes relativos ao serviço. A percepção do consumidor acaba por manifestar também a capacidade do indivíduo em sintetizar experiências anteriores e do presente.

De acordo com Lovelock e Wrigth (2001) citado por Cabral (2007, p.15), quando o cliente avalia a qualidade do serviço fá-lo em função de um padrão interno que já existia antes da experiência do serviço. Este padrão interno constitui

a base das expectativas do consumidor. Segundo Olalde (2008, p.43) as expectativas são previsões feitas pelos consumidores a respeito do que é possível que aconteça durante a próxima transacção ou intercâmbio de serviços. De acordo com Cabral (2007, p.15) as expectativas podem variar de acordo com a idade, género, regiões, culturas, grupos demográficos, etc. Na opinião de Cozendey (2007, p.14) as expectativas dos consumidores são influenciadas por quatro aspectos:

- Comunicação inter-pessoal: que representa as recomendações que os clientes recebem de terceiros e de outros clientes que já experimentaram o serviço. Pela impossibilidade de avaliar o serviço antes da sua prestação, os potenciais consumidores baseiam-se em recomendações de terceiros;
- Experiências anteriores: refere-se ao conhecimento prévio que o cliente tem do serviço, em função de experiências anteriores e que acabam por afectar as suas expectativas em relação ao serviço;
- Comunicações externas: são as formas de comunicação utilizadas pelo prestador do serviço para divulgar a empresa, como por exemplo a publicidade.
- Necessidades pessoais: são os principais pilares das expectativas, e refere-se à necessidade de procura do serviço por parte do potencial consumidor (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1990, p.22).

Da diferença entre expectativas e percepção resulta, então, a medida de qualidade percebida de um determinado serviço. Como é previsível, esta pode vir a apresentar resultados positivos ou negativos.

2.6.1.2. Causas do deficit de qualidade (modelo Gap)

Numa primeira fase de estudos, PZB surgem o modelo que explica as possíveis lacunas existentes entre as diferentes percepções do serviço no interior de uma organização. A importância deste modelo reside na capacidade de isolamento dos “Gap’s”, sem que se perca o rigor científico. Consequentemente, o Modelo Gap, têm a capacidade de ajudar os gestores a compreender melhor as origens dos problemas da qualidade dos serviços (Lopes, 2007, p.18).

A Figura 1 representa o Modelo *Gap*. Como se pode observar, este modelo está dividido em duas partes: o lado da empresa prestadora de serviços (inferior) e o lado do cliente (superior). Analisando o modelo observa-se a existência de cinco lacunas distintas que podem ser medidas individualmente:

Gap 1 – Lacuna entre as percepções da gestão e as especificações da norma de qualidade. Este *Gap* pode ocorrer quando existe um conhecimento sobre as perspectivas do cliente, mas algumas limitações impedem os gestores de oferecer um serviço de qualidade.

Gap 2 - Lacuna entre as especificações da qualidade do serviço e a prestação do serviço, ou seja, a especificação da norma pode não estar adequada ao serviço. Porém, mesmo que o esteja, pode ocorrer falhas na prestação do mesmo, comprometendo a qualidade final. Este *Gap* pode ocorrer também quando há um fraco compromisso da gestão com as premissas do sistema de gestão de qualidade adoptado.

Gap 3 – Lacuna entre o serviço esperado e o serviço percebido. Segundo os autores referenciados a chave para colmatar esta lacuna é exceder as expectativas dos clientes sobre o serviço.

Gap 4 - Lacuna entre a prestação do serviço e a comunicação externa. Esta lacuna resulta da discrepância entre o serviço esperado e o serviço prometido. Ou seja, empresa não deve prometer aos seus clientes mais do que pode realizar. Contudo, a ausência de informação sobre a empresa também pode gerar insegurança na procura. Assim sendo, a empresa precisa de conseguir um equilíbrio relativamente a informação que disponibiliza sobre si própria.

Gap 5 - Lacuna entre as expectativas dos clientes e as percepções da gestão. Nem sempre os gestores entendem quais as características mais significativas para a percepção de qualidade pelo cliente, ou seja, as características do serviço que devem ser potenciadas para atender às necessidades do utente. Esta lacuna é o resultado da soma das 4 lacunas anteriores. $Gap\ 5 = (Gap1, Gap2, Gap3, Gap4)$ (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1990, p.40; Lopes, 2007, p.19).

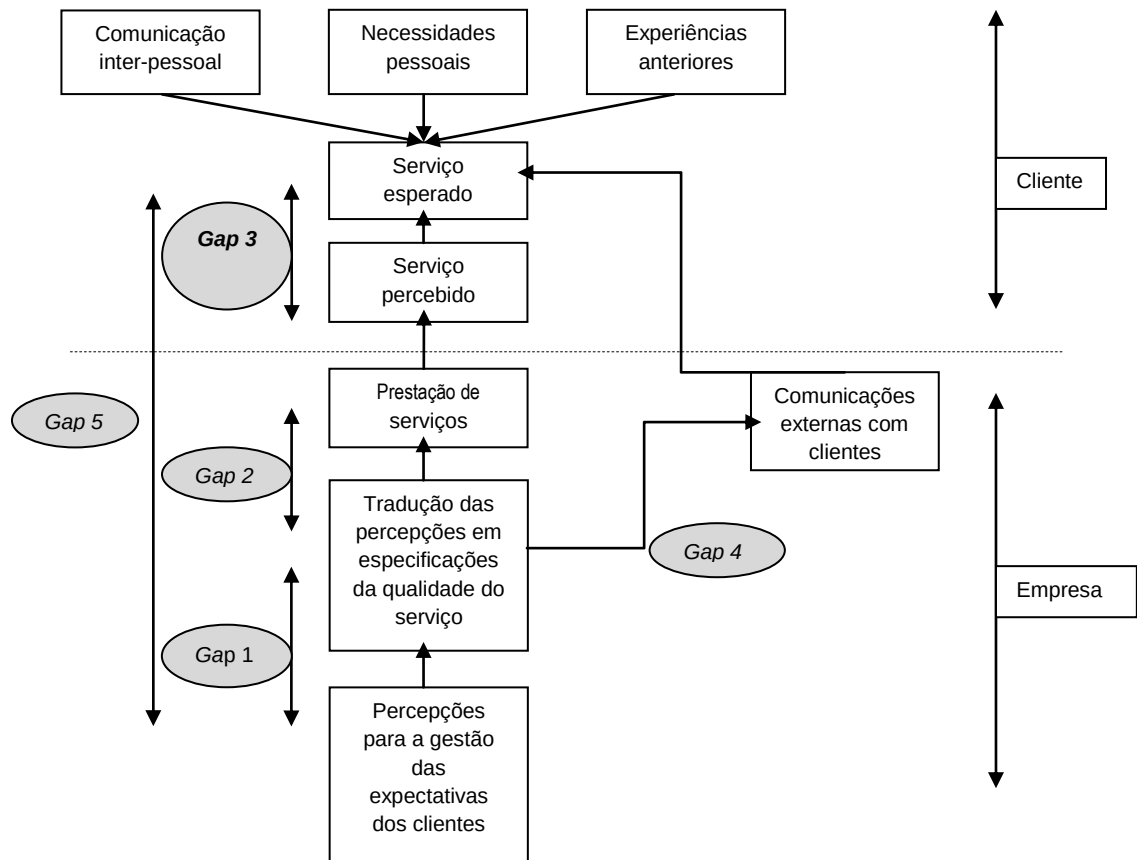


Figura 1: Modelo Gap

Adaptado de: Cosendey (2007, p.20)

Resumindo, as várias lacunas analisadas constituem os elementos chaves para perceber a qualidade dos serviços e os seus factores determinantes.

2.6.1.3. O instrumento

A escala SERVQUAL desenvolvida por PZB, têm como objectivo avaliar a qualidade percebida pelos clientes através da medição do Gap 3.

Voltando à definição conceptual de qualidade de serviço de PZB (expectativas-percepção), temos que a satisfação do cliente (SC) é calculada pela diferença existente entre as pontuações das expectativas (E) e das percepções (P). Ou seja:

$$SC = \Sigma (P-E)$$

Onde:

P – é o valor das percepções

E – valor das expectativas

SQ – satisfação do cliente

No final, é feita uma media aritmética ou ponderada das diferenças, o que corresponderá à qualidade do serviço avaliado. Se for zero, a percepção correspondeu à expectativa, se for positivo a percepção superou a expectativa e for negativo a percepção ficou a quem das expectativas.

Devido às especificidades da prestação de serviços, relativamente à qualidade dos produtos manufacturados, é extremamente difícil medir a qualidade dos mesmos. Neste sentido, muitos autores decidiram dividir a avaliação da qualidade de um serviço em factores que auxiliem a compreensão desta qualidade. Segundo PZB, independentemente do tipo de serviço a avaliar, o cliente utiliza mais ou menos os mesmos critérios para avaliar a qualidade do serviço. Posteriormente, estes critérios podem ser agrupados em categorias denominadas “dimensões de qualidade”. No início dos seus trabalhos, PZB identificaram dez dimensões genéricas da qualidade: tangibilidade, confiança, sensibilidade, comunicação; credibilidade, segurança, competência, cortesia, compreensão, acesso (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1990, p.23; Cozendey, 2007, p.16; Maia, Salazar e Ramos, imp. 2009, p. 1804). Numa segunda fase mais quantitativa, PZB percebem a existência de uma correlação entre algumas dimensões, que vieram a dar origem à escala actual, constituída por cinco dimensões, entre as quais:

- Aspectos tangíveis, onde se inclui o aspecto físico das instalações, dos equipamentos, do pessoal e do material escrito (5 itens);
- Confiança, onde se avalia a capacidade para realizar o serviço prometido de uma forma segura e com precisão (5 itens);
- Capacidade de resposta, onde se inclui disponibilidade para ajudar os clientes e prestar um serviço em tempo útil (5 itens);
- Segurança, que compreende o conhecimento e cortesia do pessoal, a sua capacidade para inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade (4 itens);

- Empatia, onde consta a atenção individual prestada aos clientes (3 itens) (Larsson, 2000, p.70; Landrum, Prybutok, Zhang, 2007, p.106; Shahin, imp. 2009, p.4).

Esta ferramenta pode, ainda, ser utilizada como forma de diagnóstico em cada uma das cinco dimensões da qualidade, medindo pontuações obtidas nos itens que compreendem cada dimensão.

Como é visível pela apresentação das dimensões, a escala é composta por vinte e dois itens que ponderam as cinco dimensões da qualidade. O mesmo item é colocado ao consumidor do serviço de duas formas distintas que visam verificar as expectativas prévias e as percepções dos clientes. Assim sendo, a aplicação desta ferramenta está estruturada em duas etapas, uma para registar as expectativas dos clientes em relação ao serviço, formado por vinte e dois itens de expectativas que estão relacionadas às cinco dimensões, na outra, são registados vinte e dois itens, que medem as percepções dos clientes. No final a pontuação é gerada pela diferença entre as percepções e as expectativas registadas, sendo percepção – expectativas → P-E, ou *Gap* 3. Um resultado negativo indicará que as percepções estão abaixo das expectativas, mostrando quais as falhas do serviço que geram insatisfação para o cliente. Uma pontuação positiva indicará que o prestador de serviços oferece um serviço superior ao esperado, sendo um ponto de satisfação para o cliente (Cozendey, 2007, p.22). Este questionário utiliza uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, onde os extremos são definidos como “discordo totalmente (1)” e “concordo totalmente (7)”.

2.6.2. A mudança do paradigma

Dadas as limitações acima descritas, alguns autores desenvolveram variantes da escala SERVQUAL, tentando manter o que a escala têm de mais positivo e adaptando-a a novas realidades, tanto nos seus conteúdos de inquirição como nos procedimentos de aplicação.

Cronin e Taylor (1994, p.126), uns dos maiores críticos do modelo SERVQUAL, consideram que não é necessário medir as expectativas dos clientes na investigação da qualidade de serviços e salientam que a qualidade do serviço deve ser medida como “uma atitude”. Segundo os autores apenas a “performance”

do modelo, ou seja, o serviço experimentado, determina a qualidade do serviço. Neste sentido, os autores desenvolveram um modelo de análise da qualidade baseado no SERVQUAL ao qual chamaram SERVPERF que elimina a análise das expectativas e cuja avaliação é feita apenas com base nas percepções do cliente relativamente às cinco dimensões já acima referidas. À semelhança do modelo anterior, este modelo fundamenta-se sob a forma de uma escala com índice longitudinal.

2.6.2.1. Críticas ao modelo SERVQUAL

A importância dos trabalhos de PZB é incontestável pelas evidentes aplicações da sua escala. Apesar das várias aplicações, a escala SERVQUAL têm vindo a ser bastante criticada tanto a nível conceptual como operacional.

A base da dificuldade conceptual do modelo está no facto deste se basear num paradigma de desconfirmação (expectativas - percepções). Segundo Jain e Gupta (2004, p.27) a diferença entre percepções e as expectativas não fornece informação adicional à já contida na componente do desempenho. Carman citado por Paul III (2003, p.92) confirma que não é vantajoso medir as expectativas dos clientes. Segundo o autor a qualidade deve ser avaliada apenas como uma atitude.

Um dos factos que melhor evidência esta dificuldade conceptual é-nos dado pelos próprios PZB citados por Cronin e Taylor (1994, p.126) quando afirmam, “os nossos resultados são incompatíveis entre as duas dimensões (expectativas e percepções)”. Ou seja, a conjugação destas duas dimensões não é explicada pelo Modelo *Gap*. Contudo, os mesmos autores afirmam: “descobrimos que a qualidade do serviço é directamente influenciada, apenas pelas percepções (performance)”.

Outros estudos apoiam estas conclusões. Peter, Churchill e Brown (1992) citados por Cronin e Taylor (1994, p.126) afirmam que uma escala baseada em dois valores (expectativas – percepções) deve ser abandonada. Os mesmos autores afirmam que a investigação baseada numa escala de diferenças apresenta vários problemas de conceptualização. De acordo com Badalus e Mangold (1992) citados por Cronin e Taylor (1994, p.126) os resultados obtidos de uma escala baseada apenas na performance do serviço, também são passíveis de explicação pelo Modelo *Gap*, uma vez que os clientes já incluem na sua resposta as expectativas em relação ao serviço.

Adicionalmente para Cronin e Taylor (1994, p.126) a definição de qualidade como “a amplitude entre a discrepância da diferença que exige entre as expectativas, os desejos dos clientes, e a suas percepções” não é consensual. Ou seja, segundo os mesmos, esta definição enquadra-se no conceito de satisfação do utente e não na qualidade de serviço. Para os autores, a qualidade do serviço pode ser mensurável pela escala SERVPERF que avalia apenas a performance serviço. Resumindo, o tipo de escala a adoptar deve ser equacionado de acordo com as características da investigação em causa.

A validade da escala SERVQUAL é outras das dificuldades conceptuais que provem da utilização de uma escala baseada na desconfirmação. De acordo com Jain e Gupta (2004, p.28), medir só as percepções não oferece problemas, uma vez que as percepções são avaliadas pelos clientes mais ou menos da mesma forma. Contudo, a avaliação das expectativas evidencia dificuldades bem visíveis, até na variabilidade de definições. Além disso, tal como se pode observar no Modelo *Gap*, as expectativas são influenciadas por múltiplos factores inter-relacionados entre si. Esta multiplicidade de factores vai contribuir também para uma maior variância. Através da comparação dos resultados proveniente de vários estudos, Cronin e Taylor (1994, p.129) confirmam que uma escala baseada apenas na performance (SERVPERF) apresenta uma melhor validade relativamente a uma escala baseada nas expectativas - percepções. Segundo Jain e Gupta (2004, p.30) este facto deve-se não só á redução do seu conteúdo, mas essencialmente a uma maior validade discriminatória e convergente. Segundo Landrum, Prybutok e Zhang (2007, p. 105) estes resultados devem-se ao facto desta escala assentar num paradigma da confirmação ao invés da escala SERVQUAL.

Outra crítica apresentada, prende-se com a constituição do modelo. De acordo com Cronin e Taylor (1994, p.17), a baixa variância entre as diferentes dimensões sugere a utilização de mais dimensões ou a utilização de uma escala única. Segundo Maia, Salazar e Ramos, (imp. 2009, p. 1804) a utilização de quatro a cinco dimensões, não é suficiente para averiguar a variância dentro de cada dimensão da qualidade do serviço. Segundo Carman citado por Maia, Salazar e Ramos (imp. 2009, p. 1805) o modelo SERVQUAL e as suas cinco dimensões é apenas a espinha dorsal de qualquer escala que meça a satisfação dos clientes relativamente a serviços. Por sua vez, Cronin e Taylor (1994, p.128) sugerem a adopção de uma escala unidimensional. Ramsaran-Fowdar (2005, p.431) afirma também que as 5 dimensões são apenas dimensões gerais e transversais que

necessitam de ser moldadas a cada sector. Segundo o autor, na área da saúde o consumidor dará sempre mais ênfase às características relacionais, do que a características mais tangíveis, uma vez que se encontra vulnerável. Ainda no que respeita as dimensões da qualidade, Fogarty, Catts e Forlin (2000, p.3) sugerem que os itens das escalas devem sempre ser equacionados de acordo com as características dos serviços em causa.

Se considerarmos a facilidade de recolha de dados, então a escala SERVPERF é incontestavelmente a melhor opção. Basta-nos apenas analisar que uma escala baseada nas expectativas – percepções é constituída por quarenta de quatro itens, e uma escala baseada na performance apresenta menos 50% de itens (Jain & Gupta, 2004, p.28). A aplicação de dois questionários semelhantes que avaliam as expectativas e as percepções pode mesmo gerar alguma confusão nos inquiridos (Paul III, 2003^b, p.92). Cozendey (2007, p.25) lembra que é mais vantajoso aplicar uma escala que se concentre na avaliação da qualidade do serviço mas que se gaste o menos tempo possível com esta tarefa.

Analisando as diferentes perspectivas dos autores supracitados sugere-se o desenvolvimento de um instrumento que se baseie nas características específicas de casa serviço. Como o objectivo deste trabalho de investigação se centra na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e como de acordo com Cronin e Taylor (1994, p.130) a escala SERVPERF é mais operacional, será elaborado um modelo teórico, com base nesta mesma escala.

2.6.2.2. Pressupostos do modelo SERVPERF

Através desta mudança de paradigma Cronin e Taylor reabrem a discussão da validade conceptual e operacional da escala SERVQUAL. Assim, os autores sugerem uma atitude conceptualizada pelo modelo SERVPERF que têm por base uma “escala de percepções” do utilizador, ao invés de utilizar uma “escala de expectativas - percepções” (Cronin & Taylor, 1994, p.125). Esta escala, continua a ter implícitos os mesmos pressupostos da escala anterior, incluindo o Modelo *Gap*. Contudo, parte do princípio que os clientes avaliam a percepção da qualidade dos serviços incluindo as expectativas perante o mesmo. Matematicamente a fórmula será:

$$QS = \Sigma (P)$$

Onde:

P – é o valor das percepções

QS – qualidade do serviço

Alguns autores sugerem ainda, a inclusão de uma medida de importância em cada item. Contudo, grande parte dos estudos confirmam a baixa validade e poder exploratórios da inclusão das importâncias (Jain & Gupta, 2004, p.34).

2.7. Os Modelos Teóricos Aplicados à Saúde

Além da revisão da literatura já cima apresentada, torna-se necessário abordar alguns conceitos genéricos tendo em conta as especificidades deste campo de actuação. Os serviços de saúde pela sua complexidade e intensidade de prestação de serviços, são uma área de interesse para a investigação da qualidade de serviços. A isto, junta-se o facto desde ser um dos sectores de economia com mais potencial de desenvolvimento.

No que respeita aos trabalhos anteriormente aplicados à saúde, os resultados são distintos. Segundo Lopes (2007, p.67) as primeiras publicações acerca da qualidade dos serviços de saúde surgiram no contexto da enfermagem, em Nighingale, onde se tentava mensurar os custos da não qualidade. Em 1914, nos Estados Unidos da América, foi publicado um trabalho semelhante aplicado à cirurgia. Na década de 50, a criação do Programa de Estandardização Hospitalar, o sistema protocolar de um sistema de saúde mais antigo, levou à criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Serviços de Saúde (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation*) (JCAHO), a qual teve um enfoque exclusivo na área hospitalar e clínica (Lopes, 2007, p. 67).

Na Europa, este movimento iniciou-se mais tarde. A natureza e o tipo de prestadores dos Sistemas Nacionais de Saúde, impediu a transposição total daquilo que foi feito nos Estados Unidos. Um dos modelos mais projectados em Portugal é o *King's Fund*, desenvolvido por Matched Kingdom nos anos 50 (Lopes, 2007, p.

68). Que assenta numa mentalidade que advém não apenas, da evolução do ambiente económico e tecnológico, mas de um aumento de competitividade de mercado. Além disso, nos últimos anos o consumidor de serviços de saúde é sem dúvida um consumidor informado e cada vez mais exigente. Nunca os utentes assumiram um papel tão fundamental na avaliação dos serviços de saúde.

A qualidade do serviço em ambiente organizacional acrescenta também, uma grande importância estratégica. Devido ao conteúdo intrínseco da actividade, é sentida uma enorme necessidade de profissionalismo, de maneira a providenciar uma entrega de serviços rápida, com uma taxa de erros baixa, com boa gestão de recurso e com capacidade de criar fidelidade e rentabilidade do consumidor.

Embora exista pouca publicação acerca dos aspectos metrológicos e conceptuais da aplicação do SERVQUAL à saúde, alguns investigadores têm sustentado o facto de que estas escalas são uma boa ferramenta para aplicação no sector da saúde. Contudo, as suas dimensões devem ser ajustadas. Para Ramsaran-Fowdar (2005, p.431), a aplicação dos modelos originais SERVQUAL ou SERVPERF na saúde é completamente seguro sendo apenas necessárias algumas alterações de carácter cultural.

Apoiados no modelo SERVQUAL, que na sua forma original avalia a qualidade dos serviços com base em cinco dimensões, Jun, Peterson e Zsdisin (1998) citados por Gupta (2008, p.21), identificaram dez dimensões inerentes à satisfação dos consumidores de serviços de saúde: aspectos tangíveis, cortesia, fiabilidade, comunicação, competência, compreensão dos clientes, acesso, responsabilidade, empatia, resultados do tratamento e colaboração. Por sua vez, Andaleeb, et al (2007, p.265), estudaram a satisfação dos clientes dos serviços de saúde de Bangladesh e dividiram inicialmente o seu estudo, nas seguintes dimensões: capacidade de resposta, confiança, segurança, aspectos tangíveis, comunicação, empatia, transparência do processo, custos e acesso. Contudo, após análise dos dados, muitas das dimensões provaram não ter impacto na satisfação dos clientes dos hospitais onde foi realizado o estudo. Neste sentido, os itens que influenciam a satisfação dos clientes dos hospitais de Bangladesh são apenas: a orientação médica, a orientação de enfermagem, os aspectos tangíveis do hospital, os aspectos tangíveis do *satff*, o acesso, os custos, as falhas do processo e a gratificação. Por sua vez, Ramsaran-Fowdar (2005, p.431) dirigiu os seus estudos a utentes de cuidados de saúde. Nestes estudos foram obtidos resultados em muito

semelhantes aos de PZB, contudo foram identificadas sete dimensões a aplicar ao sector da saúde ao invés das cinco originais preconizadas por PZB. Segundo o autor, as cinco dimensões não são suficientes para traduzir a satisfação dos consumidores dos serviços de saúde, e sugere a inclusão de duas características inerentes ao sector da saúde (os aspectos médicos do serviço e o profissionalismo e competências). De forma mais ou menos semelhante, Raposo, Alves e Duarte (2008, p.90), desenvolveram estudos no sentido de avaliar a satisfação de utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. Neste estudo foi utilizada a escala SERVQUAL. Contudo, constatou-se uma necessidade de utilizar apenas quatro dimensões: os cuidados de enfermagem, os acessos, o staff e os cuidados médicos.

Apoiado na mesma metodologia Gupta (2008, p.20), focalizou os seus estudos na opinião dos profissionais de saúde. Este tipo de estudo revela uma importância acrescida uma vez que têm a capacidade de avaliar a lacuna de percepções entre quem presta os cuidados de saúde e o consumidor do mesmo.

Resumido, este quadro, revela uma grande dificuldade em estabelecer um modelo fixo que tenha a capacidade de mensurar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo Raposo, Alves e Duarte (2008, p.88) a dificuldade de avaliar serviços de saúde prende-se com o facto dos serviços prestados constituírem actos contínuos e, por isso difíceis de mensurar num determinado período de tempo. O mesmo estudo revela ainda que os consumidores de serviços de saúde, consideram mais importantes os aspectos não técnicos dos serviços, relativamente aos mais tangíveis e técnicos, apesar de este facto variar de acordo com algumas características inerentes aos diferentes serviços. Segundo os autores, a maior parte dos consumidores de serviços de saúde consideraram a relação paciente/médico como a dimensão mais importante para a sua satisfação. A segunda dimensão mais enfatizada foi o acesso. As dimensões menos referidas foram a do *staff* seguida pelos cuidados de enfermagem.

Vários autores confirmam este facto e sugerem a adição e/ou remoção de algumas dimensões relativamente às escalas SERVQUAL e SERVPERF. Estudos na área da saúde sugerem a adição de dimensões como: comunicação do pessoal médico, a atenção do pessoal de enfermagem, a colaboração do pessoal de enfermagem e os resultados obtidos. Haywood-Farmer e Stuart (1988) citados por Ramsaran-Fowdad (2005, p.432) sugerem que estes modelos não devem ser inferidos à área da saúde sem se incluir uma dimensão destinada à avaliação dos

“aspectos médicos”. Outros autores, como Babakus e Mangold (1992); Bowers et al. e Taylor e Cronin (1994) citados por Larsson (2000, p.70) sugerem a adição das seguintes dimensões: cuidados e comunicação, onde se avalia o factor de desenvolvimento humano, pessoal, incluindo emoções; e a comunicação que surge como a capacidade de compreensão das necessidades e de disponibilidade de informação. Brower e Stuart (1994) citados por Ramsaran-Fowdad (2005, p.434) também confirmam a necessidade de inclusão de aspectos como credibilidade profissional, competência profissional e capacidade de comunicação. Esta alteração é justificada pelo facto destas dimensões serem consideradas factores de extrema importância tanto pelos profissionais de saúde como pelos utentes. Mais uma vez os autores defendem, que esta adaptação deve ser feita de acordo com as características dos serviços em causa. Nesta linha, Ramsaran-Fowdad (2005, p.436) sugere a incorporação das dimensões resultados médicos e profissionalismo/ competências na área da saúde. O contributo final do trabalho do autor é apresentado na Tabela 3. Adicionalmente, o autor admite que em alguns casos, poderá justificar-se a inclusão de uma dimensão que se refira aos aspectos éticos e deontológicos.

Tabela 3: Dimensões de qualidade de serviços de saúde

DIMENÇÕES DO SERVQUAL	DIMENSÕES DA QUALIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE
Aspectos tangíveis	Aspectos tangíveis
1. Aspecto moderno do equipamento;	1. Equipamento médico moderno;
2. Capacidades visuais apelativas;	2. Aspectos físicos visualmente atractivos e confortáveis;
3. Capacidades materiais apelativas;	3. Materiais apelativos tais como panfletos, brochuras, revistas, jornais, posters, etc.;
4. Aspecto limpo dos funcionários.	4. Aparência dos profissionais de saúde;
	5. Aparência dos restantes profissionais;
	6. Localização conveniente.
Confiança	Confiança
1. Cumprimento de promessas;	1. Diagnóstico cuidado dos problemas do paciente;
2. Capacidade de resolver os problemas dos consumidores;	2. Capacidade de resolver os problemas dos pacientes;
3. Capacidade de fazer o serviço bem á primeira vez;	3. Capacidade de fazer o serviço bem á primeira vez;
4. Capacidade de desenvolver o serviço sem erros;	4. Manutenção actual dos dados e dos resultados referentes á história clínica dos pacientes;
5. Desenvolvimento dos serviços no tempo prometido;	5. Mater os doentes informados de quando vão ser recebidos os resultados;
	6. Prescrição de terapêuticas eficientes, fiáveis e a preços acessíveis;
	7. Reputação médica;
	8. Adesão médica normas internacionais;
	9. Contenção de gastos e outros encargos.
Capacidade de resposta	Capacidade de resposta
1. Manter os consumidores informados de quando e como vais ser prestado o serviço;	1. Promover o serviço no tempo prometido;
2. Promover a prestação do serviço imediatamente;	2. A espera para receber o serviço;
3. Vontade de ajudar os consumidores;	3. Prestação do serviço imediato sem marcação;
4. Capacidade de responder aos pedidos dos consumidores;	4. Acesso aos serviços através do telefone;
5. Acesso dos consumidores;	5. Acesso aos serviços em caso de emergência;
	6. Conveniência dos horários em que é prestado o serviço;
	7. Capacidade de conseguir uma marcação do serviço em tempo útil;
	8. Avaliação da prescrição médica pela farmácia;
	9. Vontade de ajudar os pacientes.
Segurança	Segurança
1. Cortesia dos funcionários;	1. Cortesia e simpatia dos profissionais de saúde;
2. Habilidade dos funcionários em oferecer confidencialidade aos consumidores;	2. Cortesia e simpatia dos restantes profissionais;
3. Fazer com que os consumidores se sintam seguros nas suas transacções;	3. Confidencialidade da informação médica;
4. Competências dos funcionários para responder as questões dos consumidores;	4. Capacidade de demonstração de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde;
	5. Capacidade de demonstração de confidencialidade por parte dos restantes profissionais;
	6. Capacidade de explicar de forma fiel as condições médicas e tratamentos;
	7. Capacidades dos profissionais de saúde transmitirem segurança na prestação de serviços;
	8. Honestidade dos profissionais de saúde.
Empatia	Empatia
1. Perceber as necessidades dos consumidores;	1. Tranquilizar os pacientes acerca dos seus tratamentos;
2. Fornecer aos consumidores cuidados individualizados;	2. A conduta pessoal do profissional de saúde;
3. Conveniência nas horas em que são prestados os cuidados de saúde;	3. Os profissionais de saúde têm tempo para ouvir;
4. Reconhecer os consumidores pelo nome, caras, e prever os seus problemas e as suas preferências.	4. Os profissionais de saúde têm paciência para ouvir;
	5. Os profissionais de saúde apresentam prontidão para responder as questões e medos dos pacientes;
	6. Perceber os pedidos dos pacientes;
	7. Considerar o paciente de forma individualizada;
	8. Relembrar nomes e faces dos pacientes;
	9. Capacidade de referenciar o paciente a outra especialidade ou profissional de forma a obter uma segunda opinião;
	10. Ter interesse nas emoções dos pacientes;
	11. Intervir quando necessário.
	Aspectos médicos do serviço
	1. Contactos dos profissionais de saúde;
	2. Aspectos positivos dos resultados do tratamento;
	3. Sensação de bem-estar emocional e psicológico;
	4. Enfatização da educação do paciente;
	Profissionalismo e competências
	1. Conhecimentos e competências dos profissionais;
	2. Qualificação dos profissionais de saúde;
	3. Treino dos profissionais de saúde;
	4. Experiência dos profissionais de saúde;
	5. Conhecimentos e competências dos profissionais de saúde;
	6. Certificação profissional;
	7. Familiaridade dos profissionais de saúde com os últimos avanços da medicina;
	8. Deposição simples das qualificações dos profissionais de saúde.

Adaptado: Ramsaran-Fowdad (2005, p.436)

Apesar da emergente aplicação destas técnicas no sector da saúde, estes testes ainda não foram aplicados ao sector da farmácia. Destacamos apenas estudo “*Evaluation of consumer satisfaction using the tetra-class model*” que aplica um instrumento de medição da satisfação que têm por base uma escala tipo *Likert*, o modelo *Tetra-class* (Clerfeuille, Poubanne, Varilova & Petrova, 2008, p.258).

Por vezes a problemática da aplicação destes modelos a uma especialidade específica leva a adopção de modelos genéricos mais baratos e que têm em conta as especificidades de cada sector de actividade. Assim, este estudo propõe um modelo teórico que teste várias variáveis que influenciam a qualidade percebida e a satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos. O instrumento a utilizar para tal tarefa, será, então constituído pelas seguintes dimensões: aspectos tangíveis, confiança, capacidade de resposta, segurança, empatia, aspectos clínicos e médicos da farmácia e profissionalismo e competências.

SEGUNDA PARTE

1. Metodologia

Neste capítulo apresentaremos, de forma sistematizada, os procedimentos adoptados durante as várias etapas do trabalho, de forma a dar coerência e interesse científico ao estudo. Abordaremos os pressupostos metodológicos onde se inclui o *design* do estudo, a construção do instrumento, as hipóteses de pesquisa e as variáveis em estudo, o universo e amostra, os métodos de análise de dados e a validação dos instrumentos.

1.1. Problema

Partindo da premissa que a escala SERVPERF pode ser adaptada a qualquer serviço de saúde, e sabendo que chegámos a um modelo SERVPERF para os serviços farmacêuticos hospitalares, formulámos então, o nosso problema da seguinte forma: será que este modelo consegue explicar a qualidade percebida e a satisfação dos utentes do ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.? Será necessário proceder a alterações profundas no modelo encontrado? Quais serão as dimensões da qualidade que mais influenciam a satisfação geral dos utentes? E quais as características sócio-demográficas que influenciam a satisfação geral? É para responder a estas perguntas que delineámos de seguida a metodologia do estudo.

1.2. O Design do Estudo

Este estudo teve como objectivo, conceber uma variante do SERVPERF partindo directamente da opinião do consumidor, isto é, construir uma ferramenta

de avaliação da qualidade de serviço/ satisfação para os serviços farmacêuticos hospitalares, começando por ouvir o doente, e passando por várias fases que levam à construção do modelo final.

A sequenciação do trabalho de campo foi dividida em quatro fases: i) a escolha do modelo a aplicar, ii) a validação semântica do mesmo, iii) a definição do modelo de pesquisa iv) e a validação das hipóteses. A primeira fase, de carácter mais qualitativo, focalizou-se numa revisão bibliográfica dos modelos aplicados à área da saúde e na escolha do modelo mais adequado à avaliação da satisfação dos utentes do ambulatório do HSLE, ULSNA, E.P.E. (ANEXO I). A segunda fase, cujo objectivo foi validar semanticamente o modelo a aplicar, foi dividida em duas etapas: a) a aplicação de um pré-teste b) e a avaliação do questionário por uma grelha de peritos de onde resultaram algumas alterações ao modelo inicial (ANEXO II). A terceira fase, posterior à recolha de dados, contou com o desenvolvimento do modelo de pesquisa final, ou seja, a busca de um modelo SERVPERF adaptado a farmácia hospitalar. Os resultados desta terceira fase, foram validados através de uma análise factorial. Com base nos resultados obtidos, e após a definição do novo instrumento experimental, passou-se à última fase, onde se testaram as hipóteses de estudo através do *Structural Equation Modeling* (SEM) e das regressões lineares múltiplas (RLM). A Tabela 8 resume o *desing* adoptado no estudo:

Tabela 4: Design do estudo

Fase	Instrumentos e métodos utilizados	Resultado
1 Construção do questionário	Revisão bibliográfica	Modelo SERVPERF para a saúde
		Modelo SERVPERF para a farmácia hospitalar
2 Revisão do conteúdo	Validação semântica • Pré-teste • Avaliação de peritos	Alteração do modelo SERVPERF para a farmácia hospitalar
Recolha de dados		
3 Validação do modelo experimental	Consistência interna do instrumento	Remoção de itens
	Análise factorial	Alteração das dimensões do instrumento Remoção de itens
	Consistência interna entre os factores	Remoção de itens
		Modelo SERVPERF para a farmácia hospitalar (devidamente validado)
5. Teste das hipóteses	<i>Structural Equation Modeling</i> (SEM)	Confirmação ou não da Hipótese 1.
	Regressão múltipla	Confirmação ou não das Hipóteses 2 e 3.

Fonte: Autoria própria

1.3. O Instrumento

A principal ferramenta conceptual empregue no presente estudo, como conta da revisão da literatura, foi um questionário baseado na escala SERVPERF pelo que se remete para o que foi dito anteriormente.

1.3.1. O Questionário e a Escala

Por questionário entende-se um conjunto de questões (itens) que são respondidos por escrito pelo inquirido. O questionário oferece várias vantagens, relativamente a outros métodos de recolha de dados, como: ser rápido, barato, não exigir treino dos profissionais, e garantir o anonimato. A sua utilização revela-se uma importante ferramenta para conhecer a opinião da população. Em termos conceptuais, Cozende (2007, p.39) define o questionário como uma “técnica estruturada para colecta de dados, que consiste numa série de perguntas (escritas ou verbais) a que um entrevistado deve responder.” Neste trabalho, o questionário utilizado surge da adaptação da escala SERVPERF à saúde e ao caso específico da farmácia hospitalar, com base na bibliografia acima representada.

Assim sendo, o referido questionário foi aplicado com o objectivo de avaliarmos a percepção da performance do serviço através da visão do consumidor. Para tal foi utilizada uma escala tipo *Likert* com uma pontuação de sete pontos. O questionário SERVPERF, consiste num conjunto de afirmações expressas, onde o inquirido deve demonstrar a sua opinião favorável ou desfavorável em relação à afirmação. A utilização de uma escala de sete pontos revela-se bastante vantajosa uma vez que apresenta um grande número de possibilidades de resposta podendo aumentar a validade discriminante. Ou seja, melhora a diferença intervalar entre as possibilidades de resposta, melhorando a qualidade da informação obtida (Raposo, Alves & David, 2008, p.90).

1.3.2. Revisão de Conteúdo

Para construir uma ferramenta que efectivamente fosse capaz de medir a qualidade percebida dos clientes em relação ao serviço de ambulatório, foi necessário utilizar técnicas capazes de identificarem eventuais problemas e/ou erros com o mesmo. Neste sentido, foram aplicadas as seguintes técnicas de revisão de conteúdo: o pré-teste e a avaliação de peritos.

A necessidade de aplicação do pré-teste surge com o objectivo de se realizar um ensaio do processo desenvolvido, próximo das condições iniciais da pesquisa. Nesta fase, foi possível identificar com clareza a compressão do conteúdo do questionário a consistência do mesmo, e a clareza das instruções dos procedimentos inerentes ao inquirido e ao pesquisador. O pré-teste foi aplicado a uma população com características idênticas às da população-alvo onde foram questionados dez utentes do serviço de ambulatório do HDJMG, ULSNA, E.P.E. e que corresponderam aos mesmos critérios de inclusão definidos para a população-alvo. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista na presença do investigador e do utente para tentar perceber os eventuais problemas.

A adaptação de um modelo novo leva-nos para um campo não explorado e exige também, uma validação semântica do mesmo o que, no nosso caso, foi feita através de uma avaliação de peritos da Universidade de Évora (ANEXO II), através da qual se recolheu sugestões de eventuais mudanças. Com base nestas sugestões e nos resultados do pré-teste foram feitas as seguintes alterações:

- No campo 2, retirou-se “O serviço preocupa-se com a adesão a normas internacionais”, porque no campo 7 já constava: “Os profissionais de saúde seguem os últimos avanços da medicina.”
- No campo 3, mudou-se “Os profissionais de saúde nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas dos utentes.”, para “Os profissionais de saúde estão sempre disponíveis responder às perguntas dos utentes.” uma vez que não devem ser utilizadas frases na negativa.
- No campo 5, retirou-se “Os profissionais de saúde têm capacidade de referenciar o utente para outro profissional, em caso de necessidade.” porque no campo 6 constava: “ Os profissionais de saúde têm a capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais, em caso de necessidade.”
- No campo 8, juntou-se mais uma pergunta que caracteriza a satisfação geral, referenciada em dois questionários da bibliografia.

Quando do pré-teste detectou-se, também, que as respostas dos utentes estavam ser condicionadas pela presença dos profissionais de saúde. Neste sentido, optou-se pela resposta ao questionário fora das instalações da farmácia hospitalar, de modo a contornar este problema.

1.4. Hipóteses

Segundo Lopes (2005, p.165), uma hipótese é “uma proposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente” é ainda uma guia para o investigador, na medida em que se descreve o método a ser seguido no estudo do problema. Nesta perspectiva, o papel fundamental das hipóteses da pesquisa consiste em sugerir explicações para factos, que poderão ser a solução para o problema. Como já foi mencionado, este trabalho de investigação, teve como objectivo: i) propor um modelo de análise da qualidade de serviços de farmácia hospitalar, ii) identificar as dimensões mais valorizadas pelos clientes, iii) e relacionar a satisfação geral dos consumidores com as características sócio-demográficas da população. Destacamos então, as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: As dimensões do modelo final de “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, são as mesmas que as dimensões do modelo SERVPERF inicialmente traçado para serviços farmacêuticos hospitalares.

Hipótese 2: Alguma(s) dimensão(ões) são mais importantes para a avaliação da satisfação geral com o serviço por parte dos utentes do HSLE, ULSNA, E.P.E.

Hipótese Geral 3: O género, a idade, a escolaridade, e a situação profissional, influenciam positivamente a percepção da satisfação geral do utente.

Hipótese 3.1: O género influencia a satisfação geral do utente.

Hipótese 3.2: A idade influencia a satisfação geral do utente.

Hipótese 3.3: A escolaridade influencia a satisfação geral do utente.

Hipótese 3.4: A situação profissional influencia a satisfação geral do utente.

1.5. Caracterização das Variáveis

Segundo Lopes (2005, p.168), variável é “qualquer característica da realidade que caracteriza um determinado fenómeno ou acontecimento”. A classificação das variáveis inclui variáveis explícitas no questionário, mas também variáveis não explicitadas no mesmo, que provêm da manipulação e validação do questionário. Assim sendo, explorámos as seguintes variáveis:

Tabela 5: Caracterização das variáveis

Variável	Label	Origem	Descrição	Classificação	Representação no SPSS
9.1	Género	Questionário	Conjunto de características humanas que divide o ser humano em feminino e masculino.	Qualitativa, nominal dicotómica	Nominal
9.2	Idade	Questionário	Período de vida do indivíduo desde o seu nascimento até à data de aplicação do questionário.	Quantitativa, de razão	Scale
9.3	Escolaridade	Questionário	Grau de competências adquiridas através da frequência em instituições escolares.	Qualitativa ordinal	Ordinal
9.4	Situação profissional	Questionário	Actividade onde o indivíduo retira o seus meios de subsistência.	Qualitativa ordinal	Ordinal
Segur	Segurança	4.1 + 4.2 + 8.3 + 8.1 + 4.6 + 4.8	Compreende o conhecimento e cortesia do pessoal, a sua capacidade de transmitir confiança e credibilidade	Qualitativa ordinal	Ordinal
AspTang	Aspectos tangíveis	1.3 + 1.2 + 6.3 + 1.1	Onde se inclui o aspecto físico das instalações, dos equipamentos, do pessoal, do material escrito e os efeitos do próprio tratamento. Ou seja, todos os aspectos mensuráveis do serviço.	Qualitativa ordinal	Ordinal
Confiança	Confiança	7.4 + 7.5 + 4.5 + 3.1 + 6.4	Onde se avalia a capacidade para realizar o serviço prometido de uma forma segura, com precisão e com a disponibilidade para ajudar os clientes.	Qualitativa ordinal	Ordinal
ProfComp	Profissionalismo e competências	7.1 + 7.2 + 5.1	Onde se avalia a credibilidade e competência dos profissionais de saúde, aspecto de extrema importância na área da saúde	Qualitativa ordinal	Ordinal
SatifGeral	Satisfação geral	(Segur + AspTang + Confiança + ProfComp) / 4	É um julgamento acerca do carácter de um produto ou serviço em si mesmo (Oliver, 2006).	Qualitativa ordinal	Ordinal
SatifGeralE	Satisfação geral (Scale)	(Segur + AspTang + Confiança + ProfComp)		Quantitativa	Scale

Fonte: Autoria própria

1.6. Universo e Amostra

Nesta fase, deve ser identificada a população-alvo assim como o tamanho e o acesso à amostra. A população em estudo foi composta pelos pacientes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, da ULSNA, E.P.E e seguiu os seguintes critérios de inclusão:

- Adultos (maiores de 18 anos);
- Consumidores do serviço há pelo menos seis meses o que compreende pelo menos seis deslocações ao serviço;
- Ter condições psiquiátricas e/ou físicas de compreenderem o questionário.

De acordo com os dados fornecidos pelos serviços farmacêuticos da ULSNA, E.P.E. relativamente a 2008, o total de números de utentes em ambulatório foi de 166. Ou seja, a população em estudo é de 166 indivíduos.

Por sua vez, de acordo com Sampieri et al (2006, p.251), amostra é o “subgrupo da população do qual se colectam dados e que deve ser representativo dessa mesma população”. Destes 166 indivíduos, apenas 56 responderam ao questionário, ou seja, a amostra é de 56 indivíduos.

1.7. Considerações Éticas

O consumidor dos serviços de saúde é deveras diferente do consumidor de serviços genéricos, impondo, por isso metodologias próprias. Neste sentido, devem ser tomados em conta vários itens de diferenciação entre os quais: a relação didáctica dos prestadores de cuidados de saúde; a exigência da prestação de serviços com uma componente ética muitas vezes subordinada a questões do foro jurídico, como o segredo clínico; a assimetria de conhecimentos; e o extremo envolvimento cognitivo e emocional de ambas as partes. Outra dificuldade advém da condição mental do doente, muito posta em causa nesta amostra devido à média de idades da população inquirida. Além disso, a lei estabelece o acesso restrito às informações clínicas dos doentes. Cabe a cada país regulamentar o sigilo da informação na saúde. No nosso caso, o presente estudo foi submetido a Comissão de Ética da ULSNA, E.P.E., da qual foi aprovado. Além disso, foi cedido um consentimento informado na aplicação dos questionários. Para tal, foi elaborado um documento “Consentimento informado” (ANEXO III), através do qual o profissional de saúde devia explicar, ao doente, quais as garantias dos próprios, dos dados e quem era o responsável pela pesquisa. O referido documento foi entregue e/ou explicado a cada utente aquando a entrega do questionário.

1.8. Colecta de Dados

O questionário “Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, (ANEXO I), foi distribuído a todos os utentes que respeitassem os critérios de inclusão, com a finalidade de serem respondidos fora do ambulatório. Ou seja, o questionário foi entregue numa primeira visita, onde se explicava os itens descritos no “Consentimento informado” (ANEXO III). O questionário deveria ser entregue na próxima visita do doente, procedimento que é feito mensalmente.

1.9. Análise de Dados

Com o objectivo de analisarmos os dados recolhidos e consequentemente testarmos as hipóteses do estudo, foi necessário aplicarmos algumas técnicas estatísticas. Inicialmente, e com a finalidade de definir as dimensões inerentes à perspectiva de qualidade e satisfação dos utentes, foi necessária aplicar uma análise factorial. Após a definição das dimensões, e avaliada a consistência interna através do α de *Cronbach*, foi-nos possível desenhar o modelo equacional, ou seja, aplicamos o SEM, que analisa a multidependência de dados e testa a dependência dos mesmos através de um modelo que operacionaliza a teoria. Adicionalmente, e com o objectivo de testar a Hipótese 2, onde se pretendia perceber a influência das diferentes dimensões na satisfação geral do utente, e da Hipótese 3, onde se pretendia perceber a influência das características sócio-demográficas da população na satisfação geral do utente, foi necessário aplicar uma RLM. Neste sentido, abordaremos de seguida as técnicas utilizadas, tarefa que nos permitirá, uma fase posterior, a correcta aplicação das mesmas.

1.9.1. Análise Factorial

A análise factorial é uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo reduzir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a viabilizar uma escala de medida de factores (intrínsecos)

que, de uma forma mais ou menos explícita, controlam as variáveis originais. Ou seja, partindo de uma escala constituída por vários itens, podemos perceber quais os itens relacionados entre si, constituindo factores comuns aos mesmos. Adicionalmente, eliminamos os que não estão relacionados. Em princípio, se duas variáveis estão relacionadas, esta associação partilha de uma característica comum não directamente observável (ou seja, um factor comum ou variáveis latentes). A análise factorial utiliza as correlações observadas entre as variáveis originais para estimar factores comuns e as relações estruturais que ligam os factores latentes às variáveis. Ou seja, esta análise permite avaliar a validade das variáveis subjacentes, informando se estas medem ou não os mesmos conceitos (Maroco, 2007, p. 361; Newcastle University, 2007, p.1; Wikiversity, 2009, p.1). Segundo Maroco (2007, p.361), o objectivo primordial da análise factorial é resumir a informação presente em muitas variáveis observáveis num número reduzido de factores não directamente observáveis. Estes factores permitem identificar as relações estruturais entre as variáveis, de outra forma a relação entre as variáveis passaria despercebida.

De acordo com Pestana e Gageiro, (2005, p.487) a análise factorial pode assumir um carácter exploratório ou confirmatório. O primeiro ocorre quando se trata a relação entre variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo. Recorre-se à análise factorial confirmatória quando se comparam os resultados obtidos com os que constituem a teoria. Devido às características deste trabalho, foi utilizada uma análise exploratória, uma vez que pretendíamos explorar a relação entre as variáveis adjacentes a um novo modelo de farmácia hospitalar.

Sendo o objectivo da análise factorial encontrar factores subjacentes a um grupo de variáveis é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a permitir a inclusão de um número considerável de variáveis de interesse. Segundo Hill (2000), citado por Pestana e Gageiro (2005, p.487), o mínimo de respostas válidas (N) depende do mínimo de variáveis (K). Na tabela 4 apresentamos as diferentes dimensões amostrais (mínimos) para cada valor de K.

Tabela 6: Tamanho mínimo da amostra

N	K
N = 50	se $K \leq 5$;
N = 10 x K	se $5 < K \leq 15$;
N = 5 x K	se $K > 15$;

Fonte: Pestana e Gageiro, 2005, p.487

A análise factorial estima o peso dos factores, as variâncias e as covariâncias, de modo a que tanto as covariâncias como as correlações previstas estejam tão perto quanto possível dos valores observados. Para tal efeito, existem vários métodos de extracção de factores, entre o método dos componentes principais e o da máxima verosimilhança. Contudo, este último, apenas pode ser aplicado com dados provenientes de uma distribuição normal multivariada. O que não se verificou com os dados obtidos. Como tal, recorremos ao método das componentes principais. Segundo Pestana e Gageiro (2005, p.488), este procedimento estatístico permite “transformar um conjunto de variáveis quantitativas inicialmente correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas e designadas por componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados. Os coeficientes (*loadings*) definem cada uma das novas variáveis, sendo escolhidos de modo a que as variáveis derivadas expliquem a máxima variação dos dados originais e não estejam correlacionados entre si”.

Como método de rotação de variáveis utilizámos o método Varimax. Esta rotação, minimiza o número de variáveis com elevados *loadings* num factor, obtendo uma solução na qual cada componente principal se situa entre 1 e -1, no caso de associação entre ambas, ou de zero, no caso de ausência de associação (Bruin, 2006, p.4). O objectivo é obter uma estrutura factorial na qual uma das variáveis originais esteja fortemente associada a um único factor, e pouco associado dos restantes (Maroco, 2007, p.375). Segundo Pestana e Gageiro, (2005, p.490), consideram-se significativos os *loadings* maiores ou iguais a 0,5 por serem pelo menos responsáveis por 25% da variância.

Para se proceder à aplicação da análise factorial deve ser confirmada anteriormente, a existência de correlação entre as variáveis. Se essa correlação for baixa é pouco provável que existiam factores em comum. Para tal, são utilizados os

seguintes procedimentos estatísticos: o teste de *Barlett* e o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que permitem aferir a homogeneidade das variáveis, e a qualidade das correlações. O teste de *Barlett* requer dados que provenham de uma população normal e multivariada, sendo muito influenciado pelo tamanho da amostra o que o que leva, na maioria das vezes, o investigador a optar pelo critério de KMO. Este critério é uma estatística que varia entre 0 e 1, e que compara as correlações de ordem 0 com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O KMO perto de um indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto que os perto de zero, indicam uma correlação fraca. (Pestana e Gageiro, 2005, p.490; Maroco, 2007, p.367). A Tabela 5 estabelece intervalos de aceitação para os valores de KMO, assim temos:

Tabela 7: Valores de KMO

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

Fonte: Pestana e Gageiro, 2005, p.491.

1.9.1.1. Consistência Interna

Segundo Pestana e Gageiro, (2000, p. 525), a consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquirido seja confuso, mas porque os inquiridos têm diferentes opiniões. O α de *Cronbach* é uma das medidas mais utilizadas para avaliar a consistência interna de um grupo de variáveis, podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, com igual número de itens e que meçam a mesma característica. O α de *Cronbach* varia entre 0 e 1, e como podemos observar na Tabela 6, o valor do mesmo caracteriza a consistência dos factores.

Tabela 8: Valores de α de Cronbach

Aplha de Cronbach	Consistência
1 – 0,9	Muito Boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Razoável
0,6 – 0,7	Fraca
< 0,6	Inadmissível

Fonte: Pestana e Gageiro, 2005, p.526.

Segundo Pestana e Gageiro, (2005, p. 527) para analisar a consistência interna é necessário ainda conhecer:

- “A característica de cada item quanto à sua média e desvio padrão;
- A média, desvio padrão e correlação dos itens que integram o factor;
- A relação entre cada item e o factor em termos do coeficiente de correlação, do coeficiente de determinação de cada item com os restantes, e o efeito que cada item produz na média, na variância e no α de Cronbach do factor”.

Contudo, devido ao teorema do limite central, ou seja, amostras com $n > 30$ podemos considerar amostras com características idênticas a uma amostra normal, e por isso mesmo não é necessário verificar a normalidade em cada item.

1.9.2. Regressão Múltipla

A regressão é uma técnica estatística usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou X's) informando sobre a margem de erro dessas previsões. O termo variável dependente representa uma relação tipo causa - efeito. A regressão pode ser expressa através de uma função matemática independentemente, que expressa uma relação tipo causa - efeito e que nem sempre é fácil de demonstrar. Quando existe apenas uma variável X, o modelo designa-se por Regressão Linear Simples (RLS). Quando existe mais do que uma variável X o modelo designa-se por Regressão Linear Múltipla (RLM) (Pestana & Gageiro, 2005, p. 559).

Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever Y. Quando Y varia com X e não existem alterações durante o período de previsão que afectem o modelo, então quanto maior for a correlação entre X e Y melhor é a previsão. Quanto menor for essa correlação maior é a margem de erros na previsão (Pestana & Gageiro, 2005, p. 559).

Contudo, para aplicação desta metodologia é necessário garantir alguns pressupostos:

- Homocedasticidade dos resíduos. Se os resíduos aumentarem ou diminuirão com os valores da variável independente em torno da linha zero, pode pôr-se em causa a consistência da variância para cada valor de X. A variância constante equivale a supor que não existem observações incluídas na variável residual, para as quais se considere existir uma influência mais intensa na variável dependente (Maroco, 2007, p. 582).
- Normalidade dos resíduos, onde se analisa a aderência à distribuição normal. (Pestana & Gageiro, 2005, p. 600).
- Autocorrelação, onde se analisa se há interdependência entre as variáveis aleatórias residuais, ou seja, se a sua covariância é nula (Pestana & Gageiro, 2005, p. 599).
- Multicolineariedade, onde se avalia se as variáveis independentes estão fortemente correlacionadas entre si, a análise do modelo de regressão ajustado pode ser extremamente confusa e desprovida de significado, fazendo desta condição um dos principais pressupostos a validar durante a regressão (Maroco, 2007, p. 602).

1.9.3. Equações Estruturais

A técnica de equações estruturais (SEM) não se limita à análise de dependência simultânea de dados, proporcionando também uma transição da análise exploratória para uma perspectiva confirmatória. A SEM testa empiricamente um conjunto de relacionamentos de dependência através de um modelo que operacionaliza a teoria. O modelo proporciona uma representação das

relações examinadas, formalizadas graficamente através de um conjunto de equações estruturais. Este modelo pode ainda representar equações de regressão.

Algumas características distinguem a SEM das demais técnicas de modelagem: a estimação de relações de interdependência múltiplas e inter-relacionadas e a capacidade de representar constructos latentes, ou seja, variáveis mensuráveis que não podem ser medidas directamente, tais como a segurança, confiança ou a própria satisfação. A SEM permite expressar relações entre as variáveis independentes e dependentes, inclusive quando uma variável dependente se torna independente em relação às subsequentes. As relações propostas são traduzidas numa série de equações estruturais para cada variável dependente. Segundo Silva (2006, p.18), a SEM pode ser vista como uma extensão da regressão múltipla se tivermos em conta que pretendemos explorar várias variáveis dependentes.

Assim sendo, com base neste modelo foi-nos possível investigar quão bem as variáveis independentes explicaram as variáveis dependentes. Outra vantagem da utilização da SEM prende-se com o facto de esta admitir o erro de mensuração, ao contrário das outras técnicas que assumem que o erro não existe, (o que não corresponde à prática, uma vez que em qualquer conceito existe sempre algum grau de erro) (Farias & Santos, 2000, p.114).

Como desvantagem podemos apontar a necessidade de justificação teórica para a especificação das dependências, modificação e relações propostas ao modelo estimado. Ou seja é necessário possuir *à priori* uma estrutura especificada, que permita que a análise seja feita com objectivos de inferência, principalmente no sentido de testes de ajustamento (Farias & Santos, 2000, p. 115). Outra das desvantagens prende-se com o facto de se explorarem constructos latentes, onde, muitas das vezes, são utilizadas variáveis categóricas.

O objectivo da SEM é confirmar o ajuste do modelo criado aos dados amostrais, para o que é necessário verificar a adequação geral do modelo e então utilizar os dados amostrais para o testar. Existem dois modos de avaliarmos adequabilidade do modelo: através do valor geral da estatística X^2 , juntamente com os graus de liberdade e o valor de probabilidade (valor P), e os índices de ajustamento de aderência do modelo. O X^2 avalia a diferença entre o modelo estruturado e os dados amostrais, e é representado pela fórmula: $X^2 = (n-1) (S-\Sigma_k)$. Contudo simples conformação do modelo pelo valor do X^2 não é suficiente já que esta varia com o tamanho da amostra (n). Ou seja, quando n aumenta, também

aumenta a probabilidade de rejeitar a H_0 , assim sendo, torna-se necessário recorrer a outros índices de ajustamento do modelo aqui representados na Tabela 9.

Tabela 9: Índices de aderência dos modelos de equações estruturais

Índices de aderência dos modelos de equações estruturais		
Índice	Descrição	Valor
CMIN	O valor mínimo de discrepância.	É o valor do qui-quadrado
CMIN/DF	É a razão χ^2 /graus de liberdade	≤ 5
RMR	Valor residual médio derivado do ajuste da matriz de variância-covariância do modelo hipotético, para a matriz dos dados amostrais.	0 a 1 (deve ser $< 0,05$)
GFI	É a medida da quantidade relativa de variância e covariância S que é conjuntamente explicada por Σ .	0 a 1 (os valores perto de 1 indicam um bom ajuste)
AGFI	Difere do anterior apenas pelo facto de ser ajustado pelo número de graus de liberdade do modelo especificado.	
PGFI	É uma variante de GFI que penaliza GFI multiplicando o mesmo pela relação formada entre os graus de liberdade do modelo e os graus de liberdade de interdependências.	
NFI	É derivado da comparação entre o modelo hipotético e o modelo de independência.	0 a 1 ($>0,9$ indica um bom ajuste do modelo)
CFI	Tal como o anterior apresenta uma certa tendência de subestimar o ajuste em amostras pequenas, foi criado para levar em conta o tamanho da amostra.	0 a 1 (perto de 1 indica excelente ajuste)
PRATIO	É a relação de parcimónia, ou seja, a relação entre os graus de liberdade do modelo e os graus de liberdade no modelo nulo de independência.	
PCFI	PRATIO x CFI	
NCP	Valor do parâmetro de não centralidade que reapresenta o χ^2 menos os graus de liberdade.	
FMIN	Função de discrepância mínima. Reflecte o ponto no processo de estimação onde S e $\Sigma(\Phi)$ é menor [$S - \Sigma(\Phi) = \text{mínimo}$]	
RMSEA	Leva em conta o erro de aproximação na população.	0,05 (bom ajuste) 0,08 (erros razoáveis) 0,08 e 0,10 (ajuste medíocre) 0,10 (ajuste pobre)
PLOSE	Testa a proximidade do ajuste.	$>0,05$
AIC	Utiliza a parcimónia, levando em conta o número de parâmetros estimados.	
CN	Adequação do tamanho da amostra ao modelo postulado.	>200

Fonte: Arbuckle, 2008, p. 583-603

Segundo Silva (2006, p.20) podem ser esperados dois resultados da aplicação do SEM. O primeiro, uma estimativa da magnitude dos efeitos entre as variáveis, condicionados obviamente ao modelo especificado. O segundo é a possibilidade de testar se o modelo é, ou não, consistente com os dados observados. Se os dados são consistentes, pode então afirmar-se que o modelo é plausível, contudo nunca deve ser afirmado que o mesmo representa a realidade.

Concluindo, a aplicação das técnicas SEM, onde se conjugam várias técnicas multivariadas, permite ao investigador explorar vários caminhos para a sua

aplicação. A aplicação do SEM segue mesmo esse conceito, a flexibilidade permite um ajustamento a diversos objectivos de pesquisa.

Como *softwares* estatísticos de apoio à manipulação de dados foram utilizados os seguintes: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS); e o *Analysis of MOment Structures* (AMOS).

O SPSS é um conhecido e poderoso *software* para o tratamento de dados. Com este *software* foi-nos possível caracterizar a amostra e as variáveis, assim como proceder a análise factorial, que nos permitiu explorar as dimensões da qualidade (segurança, aspectos tangíveis, confiança e profissionalismo e competências), e aplicar as regressões múltiplas através das quais se procuraram estabelecer relações entre as variáveis exploradas (SPSS Inc, 2007, p.1).

Na procura do modelo estrutural que caracterizasse a “Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, utilizamos posteriormente o sistema AMOS. O programa estatístico considerado, é compatível com o *Windows* e caracterizado pela facilidade de utilização através dos seus diagramas e esquematização de fluxos causais. Este *software* permite a esquematização das várias variáveis em estudo, e da relação entre as mesmas e posteriormente avalia simultaneamente as relações esquematizadas (Farias & Santos, 2000, p.116; Arbuckle, 2008,p.1).

1.10. Validação do Modelo de Medida

Com o objectivo de estudar as dimensões adjacentes ao modelo acima referenciado foram utilizadas diferentes metodologias que levaram à definição do modelo de medida. Segundo Cozendey (2007, p.42) a “validade refere-se ao grau com que a escala utilizada mede o objectivo para o qual foi criada”. Assim sendo, foram utilizadas as seguintes técnicas: avaliação da consistência interna geral do instrumento através do α de *Cronbach*, análise factorial para definir as novas variáveis, e a avaliação da consistência interna dos diferentes factores.

Na análise da consistência interna das variáveis presentes no questionário inicial (ANEXO I), obteve-se um α de *Cronbach* de 0,849, ou seja, foi conseguida uma boa consistência geral. Contudo, perante este valor, retirámos, ainda, a questão 2.8., já que com a eliminação da mesma o α de *Cronbach* subiu

consideravelmente (0,971) indicando uma consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2005, p.526).

Antes de submetermos os dados à análise factorial exploratória, que nos permitiu chegar ao modelo de medida, foi necessário estabelecer quantos factores (dimensões) queríamos, ou poderíamos obter. Segundo Hill (2000) citado por Pestana e Gageiro (2005, p.487), para um $n = 56$ ($N = 10 \times k$), k deve assumir valores entre 5 e 5,6. Como não podíamos obter 5,6 factores, assumimos que a análise factorial deveria ser feita para 5 factores. Contudo, como nem todas as questões foram respondidas, havendo questões que apresentavam um valor de *missings* entre 8 e 9 respostas, regemo-nos pela fórmula de $n = 50$, ou seja, a análise factorial exploratória foi feita de forma a extrair um número igual o menos a 5 factores. Com base nesta premissa, aplicámos uma análise factorial para 5 factores. Contudo, e após várias análises onde foram retirados os valores menos significativos, o critério do KMO apresentou valores inferiores a 0,5 o que revelava uma análise factorial Inaceitável (Pestana & Gageiro, 2005, p.491). Após várias tentativas com 5 factores, que levaram a que fossem excluídas várias questões, optamos por uma análise factorial com 4 factores com a qual obtivemos um KMO de 0,748, ou seja, um KMO médio. Com base neste valor, procedeu-se então à análise factorial descrita na Tabela 10. Os factores descritos resultam da caracterização dos itens incluídos em cada factor:

Tabela 10: Análise factorial para 4 Factores

	Factores			
	Segurança	Aspectos tangíveis	Confiança	Profissionalismo e competências
4.1m	,894		,138	,151
4.2m	,830	,255	,158	,111
8.3m	,828	,239	,169	,103
8.1m	,796	,185	,143	,286
4.6m	,785	,314	,140	,288
4.8m	,734	,337	,150	,290
3.7m	,719	,315		,143
1.3m	,150	,819	,253	,134
1.2m	,307	,809		,294
6.3m	,279	,791		,308
1.1m	,247	,764		,284
1.4m	,219	,725		-,244
3.5m	,275	,591	,190	,294
7.4m			,861	,404
7.5m			,859	,331
4.5m	,414		,823	
3.1m	,296	,306	,746	-,220
6.4m		,409	,744	
7.1m	,342	,269	,137	,840
7.2m	,277	,190	,113	,787
5.1m	,201	,140		,689

Fonte: Autoria própria

Através da Tabela 10 podemos constatar que o primeiro factor, designado de segurança é constituído pelos itens: 4.1, 4.2, 8.3, 8.2, 4.6, 4.8 e 3.7. por sua vez o factor que corresponde aos aspectos tangíveis é constituído pelos itens: 1.3, 1.2, 6.3, 1.1 e 1.4. o factor apelidado de confiança fez-se constituir pelos itens: 7.4, 7.5, 4.5, 3.1, e 6.4. Finalmente o factor que mensura o profissionalismo e as competências aparenta os seguintes itens: 7.1, 7.2 e 5.1. daqui resulta o consenso de que o questionário que mensura “Qualidade Percebida e a Satisfação dos utentes do ambulatório do HSLE da ULSNA.E.P.E”. deve ser constituído por 4 factores. Finalmente, e de forma a validar a consistência interna entre os factores foram calculados os α de *Cronbach* das várias dimensões e estabelecidas as designações dos factores obtidos. Em nome do aumento da consistência interna dos próprios factores, alguns itens tiveram de ser eliminados. De uma forma resumida, o novo modelo de medida final é constituído pelos seguintes itens cuja consistência interna e caracterizada na Tabela 11.

Tabela 11: Consistência interna dos factores

<i>Factor</i>	<i>Questão</i>	<i>Consistência interna</i>
1. Segurança	4.1	0,942 (Muito boa)
	4.2	
	8.3	
	8.1	
	4.6	
	4.8	
2. Aspectos tangíveis	1.3	0,917 (Muito boa)
	1.2	
	6.3	
	1.1	
3. Confiança	7.4	0,891 (Boa)
	7.5	
	4.5	
	3.1	
	6.4	
	3.3	
4. Profissionalismo e competências	7.1	0,842 (Boa)
	7.2	
	5.1	

Fonte: Autoria própria

Como podemos observar todas as dimensões aprestam valores de consistência interna muito satisfatórios, entre a muito boa e boa consistência interna.

2. Resultados do Estudo

Os resultados obtidos, foram divididos em três fases distintas: i) a caracterização da amostra onde se explora as variáveis relativas à caracterização sócio-demográfica da população; ii) a fase de caracterização das novas variáveis; iii) e os resultados onde se pretende responder às hipóteses previamente colocadas.

2.1.Caracterização Sócio-Demográfica

Para o presente estudo foram caracterizadas as seguintes variáveis sócio-demográficas: género, idade, escolaridade e situação profissional. Com base

nestas variáveis procedemos então à caracterização da população inquirida de acordo com os dados obtidos.

Como podemos observar, a amostra foi constituída por 56 indivíduos utentes do ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E., sendo 34 do sexo feminino, 20 do masculino e 2 não responderam a esta questão:

Tabela 12: Caracterização sócio-demográfica por género

Caracterização sócio-demográfica por género		
	Frequência	Percentagem
Feminino	34	60,7
Masculino	20	35,7
Missings	2	3,6
Total	56	100,0

Fonte: Autoria própria

Relativamente à variável idade, foram calculados a média, o desvio padrão, a variância, o mínimo e o máximo que constam da tabela 13.

Tabela 13: Caracterização sócio-demográfica por idade

Caracterização sócio-demográfica por idade	
Média	56,60
Desvio padrão	1,782
Variância	13,214
Mínimo	27
Máximo	79

Fonte: Autoria própria

Podemos verificar que a média é de $56,60 \pm 13,214$ anos. Como mínimo de idades temos uma pessoa com 27 anos, e a pessoa mais velha tem 79 anos.

Relativamente ao perfil de escolaridade foram obtidos os resultados representados na Tabela 14.

Tabela 14: Caracterização sócio-demográfica por escolaridade

Caracterização sócio-demográfica por escolaridade		
	Frequência	Percentagem
Sem escolaridade	4	7,1
1º Ciclo (4ª classe)	18	32,1
2º Ciclo (6ª classe)	9	16,1
3º Ciclo (9ª escolaridade)	7	12,5
Ensino superior complementar	9	16,1
Curso técnico-profissional	1	1,8
Curso superior	6	10,7
Missing	2	3,6
Total	56	100,0

Fonte: Autoria própria

Como podemos observar 32,1% das pessoas tem apenas o 1º ciclo de escolaridade, 16,1% o 2º ciclo e 12,5% o 3º ciclo. Apenas 6 pessoas têm curso superior e 1 apresenta um curso técnico-profissional.

Quando explorámos a situação profissional obtivemos os resultados aprestados na Tabela 15.

Tabela 15: Caracterização sócio-demográfica por situação profissional

Caracterização sócio-demográfica por situação profissional		
	Frequência	Percentagem
Desempregado(a)	4	7,1
Reformado(a)	25	44,6
Estudante	1	1,8
Trabalhador(a) por conta de outrem	15	26,8
Trabalhador(a) por conta própria	1	1,8
Outros	8	14,3
Missing	2	3,6
Total	56	100,0

Fonte: Autoria própria

Após a análise da média das idades, os resultados referentes à situação profissional já eram um pouco previsíveis. Como podemos observar na Tabela 15, 44,6% dos indivíduos são reformados.

2.2. Caracterização das Novas Variáveis

As novas variáveis resultantes da aplicação da análise factorial confirmatória, são variáveis ordinais que variam entre 1 (discordo totalmente) a 7

(concordo totalmente). Como podemos observar através da Tabela 17, as médias dos vários itens são muito semelhantes, as diferenças situam-se apenas a nível dos desvios padrões.

Tabela 16: Caracterização das dimensões da qualidade

Caracterização das dimensões da qualidade					
	Segurança	Aspectos tangíveis	Confiança	Profissionalismo e competências	Satisfação geral
Média	6,53	6,17	6,34	6,68	6,43
Desvio padrão	,699	1,064	,964	,556	,639
Variância	,489	1,133	,929	,309	,409
Mínimo	4	3	1	5	4
Máximo	7	7	7	7	7

Fonte: Autoria própria

Através da Tabela 17 constatamos que a dimensão com a média mais elevada (6,68) é o profissionalismo e as competências apresentando um desvio padrão de 0,556. Já os aspectos tangíveis é a dimensão que apresenta uma média menor mas apresenta um desvio padrão de 1,064. Podemos observar ainda que relativamente à dimensão que caracteriza a confiança, um inquirido respondeu que discordava totalmente, ou seja, apresenta 1 como valor mínimo.

2.3. Resultados Gerais

Para analisar os dados resultantes foram aplicadas várias técnicas. Numa primeira fase, e de forma a explorar as dimensões resultantes da análise factorial foi aplicada a metodologia SEM. O modelo resultante explica as relações entre as várias variáveis observadas e as variáveis latentes sugeridas pela análise factorial. Numa segunda fase, e de forma a perceber o impacto destas dimensões na satisfação geral dos utentes, foi aplicada uma RLM. Numa terceira fase, para tentar perceber qual a influência das variáveis sócio-demográficas na satisfação geral dos utentes foi utilizado novamente um RLM, embora este exija uma interpretação diferente dos resultados, uma vez que o mesmo contempla variáveis quantitativas (idade), mas também qualitativas (género, escolaridade e situação profissional).

2.3.1. Confirmação do Modelo Teórico

Após a análise da consistência interna dos factores propostos pela análise factorial exploratória, foi-nos possível esquematizar um modelo equacional que envolveu os factores sugeridos. Neste sentido, desenhou-se um modelo com as seguintes variáveis latentes: segurança, aspectos tangíveis, confiança e profissionalismo e competências (representadas por uma elipse na Figura 2). Cada variável é constituída pelos itens sugeridos anteriormente na análise factorial. Em seguida foram exploradas as regressões existentes entre as variáveis latentes e os itens de medida, assim como as correlações entre as várias variáveis latentes.

Da primeira análise dos resultados do modelo explorado, resultaram coeficientes de correlação muito elevados entre as variáveis latentes pelo que foram posteriormente estimadas as correlações entre os erros. Após diversas alterações obtivemos o seguinte modelo equacional:

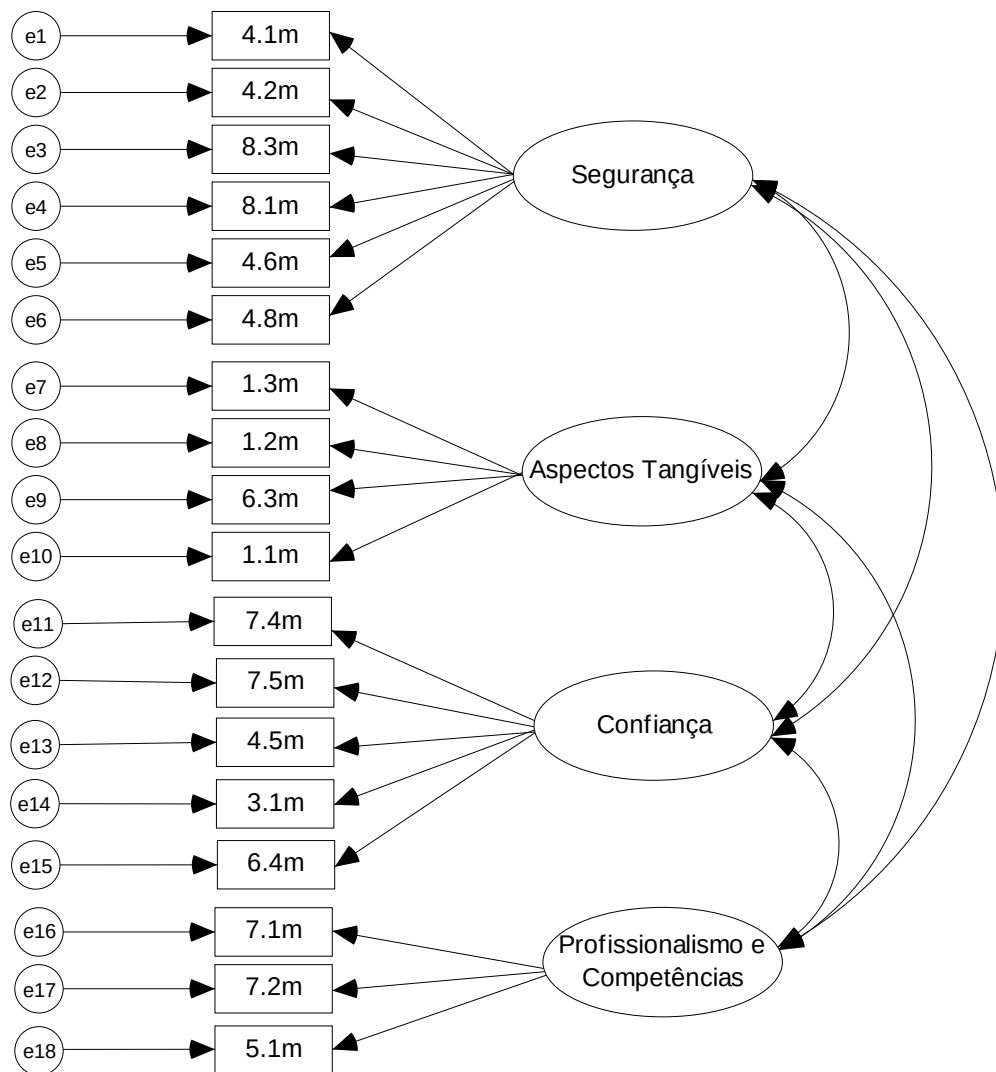


Figura 2: Modelo de medida - Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.

Fonte: Autoria própria

De acordo com a Tabela 17, podemos observar que todos os coeficientes de regressão que estimam a relação entre as variáveis latentes e os itens de medida, apresentaram valores muito significativos. Podemos constatar tal facto através dos valores do P (valor de probabilidade), representados por *** quando o valor é muito significativo, que são aproximadamente zero.

Tabela 17: Valores das múltiplas regressões do modelo estrutural

Valores das múltiplas regressões do modelo estrutural				
Regressão	Estimativa	S.E.	C.R.	P
4.1m ← Segurança	1,000			
4.2m ← Segurança	1,052	0,083	12,747	***
8.3m ← Segurança	0,973	0,076	12,791	***
8.1m ← Segurança	0,950	0,082	11,601	***
4.6m ← Segurança	0,954	0,087	11,015	***
4.8m ← Segurança	1,042	0,093	11,156	***
1.3m ← Aspectos tangíveis	1,000			
1.2m ← Aspectos tangíveis	1,052	0,083	12,700	***
6.3m ← Aspectos tangíveis	0,751	0,068	11,006	***
1.1m ← Aspectos tangíveis	0,694	0,064	10,909	***
7.4m ← Confiança	1,000			
7.5m ← Confiança	1,035	0,064	16,216	***
4.5m ← Confiança	0,984	0,079	12,398	***
3.1m ← Confiança	0,921	0,156	5,915	***
6.4m ← Confiança	0,894	0,138	6,500	***
7.1m ← Profissionalismo e competências	1,000			
7.2m ← Profissionalismo e competências	0,739	0,063	11,806	***
5.1m ← Profissionalismo e competências	0,609	0,178	3,425	***

Fonte: Autoria própria

Relativamente aos coeficientes de correlação entre as variáveis latentes, obtivemos resultados semelhantes. Ou seja, como podemos constatar na Tabela 18, todas as relações apresentam um valor de probabilidade (P) perto de zero:

Tabela 18: Valores dos coeficientes de correlação do modelo estrutural

Valores dos coeficientes de correlação do Modelo Estrutural				
Covariância	Estimativa	S.E.	C.R.	P
Segurança ↔ Aspectos tangíveis	1,000			
Aspectos tangíveis ↔ Confiança	0,620	0,178	3,483	***
Profissionalismo e competências ↔ Confiança	0,343	0,097	3,529	***
Segurança ↔ Confiança	0,382	0,104	3,657	***
Profissionalismo e competências ↔ Aspectos tangíveis	0,842	0,096	8,806	***
Profissionalismo e competências ↔ Segurança	0,493	0,60	8,195	***

Fonte: Autoria própria

Do modelo equacional representado na Figura 2 e estimado por máxima verosimilhança, resultaram os índices de ajustamento apresentados na Tabela 19. Apesar de alguns não apresentarem valores dentro dos parâmetros de referência

para uma boa aderência (RMSEA e PLOSE), admitimos que o modelo apresentado é o mais plausível para a representação da “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”

Tabela 19: Índices de aderência do modelo de equação estrutural para a “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”

Índices de aderência do modelo de equação estrutural para a “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”		
Índice	Valor obtido	Valores admissíveis
CMIN	215,612	É o valor do qui-quadrado
CMIN/DF	1,996	≤5
GFI	0,891	0 a 1 (os valores perto de 1 indicam um bom ajuste)
NFI	.0,810	0 a 1 (>0,9 indica um bom ajuste do modelo)
CFI	0,891	0 a 1 (perto de 1 indica excelente ajuste)
PRATIO	0,706	
PCFI	0,629	
NCP	107,612	
FMIN	3,920	
RMSEA	0,135	0,05 (bom ajuste) 0,08 (erros razoáveis) 0,08 e 0,10 (ajuste medíocre) 0,10 (ajuste pobre)
PLOSE	0,000	>0,05
AIC	377,612	

Fonte: Autoria própria

2.3.2. Influência das Dimensões da Qualidade na Satisfação

Geral

Antes de investigarmos o impacto das dimensões da qualidade na satisfação geral dos utentes, analisámos de forma descritiva as medidas de tendência central relativas às várias dimensões. Os resultados obtidos contam na Tabela 20.

Tabela 20: Medidas de tendência central das dimensões da qualidade

Medidas de tendência central das dimensões de qualidade					
Nº do item	Item	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
4.1	Os comportamentos dos profissionais de saúde demonstram segurança para os seus utentes.	6,54	7	7	0,852
4.2	Os utentes sentem-se seguros na prestação do serviço.	6,40	7	7	0,866
8.3	De uma forma geral, estou satisfeito com a imagem de rigor e de eficiência dos serviços farmacêuticos.	6,53	7	7	0,806
8.1	De uma forma geral estou satisfeito com os serviços prestados.	6,67	7	7	0,662
4.6	É garantida a confidencialidade da informação médica.	6,63	7	7	0,762
4.8	Os profissionais de saúde são honestos.	6,41	7	7	0,798
	Segurança	6,53	6,85	7	0,699
1.3	Os Serviços Farmacêuticos possuem bons materiais (panfletos, brochuras, posters).	5,90	6	7	1,297
1.2	Os Serviços Farmacêuticos apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, balcão).	6,15	7	7	1,367
6.3	Os resultados dos tratamentos têm conseguido transmitir uma sensação de bem-estar emocional e psicológico	6,28	7	7	1,079
1.1	Os Serviços Farmacêuticos possuem equipamentos modernos.	6,33	7	7	0,972
	Aspectos Tangíveis	6,17	6,50	7	1,064
7.4	Os profissionais de saúde são certificados.	6,59	7	7	0,957
7.5	Os profissionais de saúde seguem os últimos avanços da medicina.	6,58	7	7	0,979
4.5	Os profissionais de saúde explicam de forma fiel às condições de tratamento.	6,33	7	7	1,079
3.1	Os profissionais de saúde explicam aos utentes como e quando concluem o serviço.	6,11	7	7	1,344
6.4	Há uma educação para a saúde do utente	6,06	6,06	7	1,354
	Confiança	6,34	6,62	7	0,964
7.1	Os profissionais de saúde têm conhecimentos e competências.	6,62	7	7	0,610
7.2	Os profissionais de saúde são qualificados.	6,73	7	7	0,543
5.1	O atendimento é individual.	6,69	7	7	0,629
	Profissionalismo de Competências	6,68	7	7	0,556
	Satisfação Geral	6,43	6,73	7	0,639

N= 56

Fonte: Autoria própria

Através da Tabela 20, podemos observar que quase todos os itens apresentam uma média compreendida entre o 6 e 7 valores, ou seja, entre o “concordo” e “concordo totalmente”. Destacamos apenas, o item 1.3 que apresenta uma média inferior, embora também positiva, e que se refere ao material didático disponível. Relativamente à mediana, os resultados são idênticos, quase todas as respostas se situam em torno do 7 (concordo totalmente). No que respeita à moda obtivemos 7 em todos os itens. O desvio padrão apresenta valores bastante

diferentes, ou seja, em alguns itens os resultados obtidos variam muito mais relativamente à média do que outros itens. Por exemplo, o desvio padrão dos aspectos tangíveis é de 1.064, bastante superior à satisfação geral (0,639).

Para verificar qual das dimensões contribui mais para significativamente para a satisfação geral com o serviço, optou-se por uma RLM, que considerou como variável dependente a satisfação geral, e como variáveis independentes a segurança, os aspectos tangíveis, a confiança e profissionalismo e as competências. Neste sentido, foram analisadas separadamente a dispersão dos resíduos, a normalidade das variáveis aleatórias residuais, a autocorrelação entre as variáveis aleatórias residuais, bem como a hipótese de multicolinearidade entre as variáveis independentes.

O padrão de dispersão dos resíduos pode ser investigado através da análise da Figura 3.

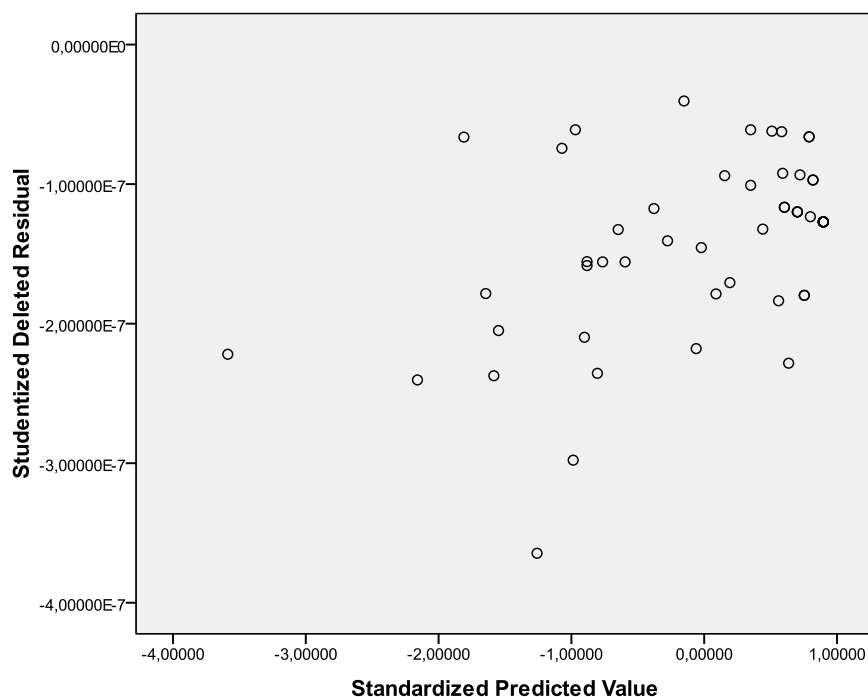


Figura 3: Padrão de dispersão dos resíduos (dimensões X satisfação geral)

Fonte: Autoria própria

De acordo com a Figura 3, ao contrário do desejável, os resíduos não apresentam uma amplitude constante em torno do eixo dos X e demonstram

tendências muito demarcadas em torno de um eixo, pelo que não nos foi possível verificar o pressuposto de homocedasticidade dos resíduos.

No que respeita à normalidade dos resíduos, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* em relação à variável *zpr_1* (Pestana & Gageiro, 2005, p.599). Este teste de aderência à distribuição normal permite investigar o ajustamento de uma variável à distribuição normal. Assim sendo, para um nível de significância de 0,05, temos as seguintes hipóteses de estudo:

H_0 : Os erros são normalmente distribuídos.

H_1 : Os erros não são normalmente distribuídos.

A análise das hipóteses acima colocadas é feita através dos resultados obtidos na Tabela 21.

Tabela 21: Teste *Kolmogorov-Smirnov* dos resíduos (dimensões X satisfação geral)

Teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i> dos resíduos (dimensões X satisfação geral)		
		Resíduos não estandardizados
Parâmetros	Média	,0000000
	Desvio padrão	1,00000000
Diferenças extremas	Absoluta	,195
	Positiva	,185
	Negativa	-,195
Kolmogorov-Smirnov Z		1,458
Asymp. Sig. (2-tailed)		,028

N = 56

Fonte: Autoria própria

De acordo com a Tabela 21 o valor $p = 0,028$ é inferior a 0,05, e assim rejeitamos a hipótese nula. Ou seja, os resíduos não se ajustam a uma distribuição normal. Contudo se admitíssemos um erro de 0,01, p seria maior que o erro, logo não rejeitaríamos H_0 , e poderíamos concluir que os resíduos apresentavam uma distribuição normal.

O teste de *Durbin-Watson*, analisa se há independência entre as variáveis aleatórias residuais, ou seja, se a sua covariância é nula. Através da RLM obtivemos um valor de teste de *Durbin-Watson* de 0,318, o que não é muito satisfatório, uma vez que o mesmo deve aproximar-se mais de 2. Assim podemos afirmar que é possível existir alguma correlação entre as variáveis aleatórias residuais. Contudo segundo Pestana e Gageiro (2005, p.599), esta correlação só necessária quando as observações se distribuem ao longo do tempo, o que não acontece neste caso.

O RML pressupõe também que as variáveis explicativas sejam linearmente independentes, isto é, que não se verifique a multicolineariedade. Uma medida

utilizada pelo SPSS para verificar a presença de multicolineariedade é a “tolerância” da variável X definida como $T = 1 - R^2$. Quanto mais T é próximo de zero, mais a variável X, pode descrever-se como uma combinação quase-linear das outras variáveis independentes. A tabela 22, dá-nos o valor de *Variance Inflation Factor* (VIF) ou seja $1/T$, e portanto, variáveis com baixas tolerâncias têm valores elevados de VIF, e vice-versa. Apesar de não existir um valor limite a partir do qual se considere que as variáveis são linearmente independentes, valores de VIF próximos de zero indicam a ausência de multicolineariedade (Moreno, 2007, p. 603).

Tabela 22: Diagnóstico de colineariedade (dimensões x satisfação geral)

Diagnóstico de colineariedade (dimensões x satisfação geral)							
	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.	Estatísticas de Colineariedade	
	B	Erro	Beta			Tolerância	VIF
Constante	7,850E-15	,000		,000	1,000		
Segurança	1,000	,000	,273	1,224E8	,000	,550	1,818
Aspectos tangíveis	1,000	,000	,416	1,922E8	,000	,585	1,709
Confiança	1,000	,000	,377	2,006E8	,000	,777	1,287
Profissionalismo e competências	1,000	,000	,217	1,014E8	,000	,598	1,673

Fonte: Autoria própria

Através da Tabela 22 podemos observar que os VIF das várias variáveis independentes apresentam valores de cerca de 1. Neste sentido, podemos afirmar que não existe colineariedade entre as variáveis consideradas.

Apesar de não se verificar, através dos métodos utilizados, todos os pressupostos de aplicação da RLM, passámos a aplicação desta técnica que pretendia explorar a influência das dimensões da qualidade na satisfação geral dos utentes. Como tal, estabelecemos as seguintes hipóteses, a investigar na Tabela 23:

H_0 : As dimensões da qualidade não influenciam a satisfação geral dos utentes

H_1 : As dimensões da qualidade influenciam a satisfação geral dos utentes.

Tabela 23: Coeficientes de regressão (dimensões da qualidade X satisfação geral)

Coeficientes de regressão (dimensões da qualidade X satisfação geral)					
	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardiza dos	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Constante	7,850E-15	,000		,000	1,000
Segurança	1,000	,000	,273	1,224E8	,000
Aspectos tangíveis	1,000	,000	,416	1,922E8	,000
Confiança	1,000	,000	,377	2,006E8	,000
Profissionalismo e competências	1,000	,000	,217	1,014E8	,000

Fonte: Autoria própria

Da análise da Tabela 23 acima exposta, podemos observar que as 4 variáveis têm influência na satisfação geral com o serviço, e apresentam resultados significativos ($p = 0,000$). Ou seja, como $p < 0,05$, rejeita-se H_0 . Assim, afirmamos que todas as dimensões da qualidade influenciam a satisfação geral. Ao fazermos uma análise comparativa, constatamos que os aspectos tangíveis são a dimensão que mais contribui para a satisfação geral do serviço ($Beta = 0,416$), seguida pela confiança ($Beta = 0,377$), pela segurança ($Beta = 0,273$) e finalmente pelo profissionalismo e competências ($Beta = 0,217$).

2.3.3. Influência das Características da População na Satisfação Geral

Para perceber se as variáveis sócio-demográficas influenciam a satisfação geral dos utentes com o serviço, optou-se, mais uma vez, por uma RLM. Neste caso, a variável dependente foi novamente a satisfação geral, e as variáveis independentes: género (quantitativa dicotómica); idade (quantitativa); escolaridade (qualitativa); e situação profissional (qualitativa). Mais uma vez foi necessário verificar os pressupostos para a aplicação da mesma.

Mais uma vez, foram analisadas separadamente a dispersão dos resíduos, a normalidade das variáveis aleatórias residuais, a autocorrelação entre as variáveis aleatórias residuais, bem como a hipótese de multicolinearidade entre as variáveis independentes.

O padrão de dispersão dos resíduos pode ser investigado através da análise da Figura 4.

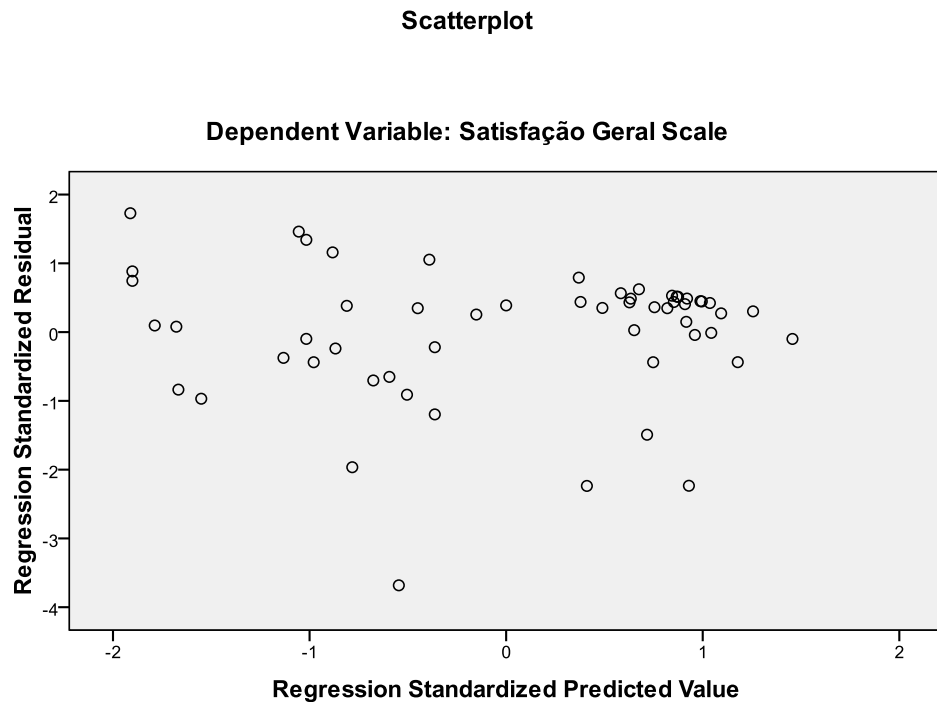


Figura 4: Padrão de dispersão dos resíduos (características sócio-demográficas X satisfação geral)

Fonte: Autoria própria

De acordo com a Figura 4, podemos observar que os resíduos apresentam uma amplitude constante em torno do eixo dos X, não demonstrando tendências demarcadas em torno de um eixo crescente ou decrescente. Assim, confirmamos o pressuposto de homocedasticidade dos resíduos.

Relativamente à normalidade dos resíduos, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O seguinte teste de aderência à distribuição normal, permite analisar qualquer erro do tipo 1, e estudar a aderência dos mesmos à distribuição normal. Como tal, para um erro de 0,05, temos as seguintes hipóteses de estudo:

H_0 : Os erros são normalmente distribuídos.

H_1 : Os erros não são normalmente distribuídos.

Posto isto, a análise dos resultados é feita através da Tabela 24.

Tabela 24: Teste de *Kolmogorov-Smirnov* dos resíduos (características sócio-demográficas X satisfação geral)

Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> dos resíduos (características sócio-demográficas X satisfação geral)		
		Resíduos não estandardizados
Parâmetros normais	Média	,0000000
	Desvio padrão	2,21711790
Diferenças extremas	Absoluta	,158
	Positiva	,118
	Negativa	-,158
Kolmogorov-Smirnov Z		1,183
Asymp. Sig. (2-tailed)		,122

N = 56

Fonte: Autoria própria

Através da análise da Tabela 24, constatamos que o $p = 0,122 > 0,05$, ou seja, rejeitamos a hipótese nula, e sendo assim podemos afirmar que os resíduos não apresentam uma distribuição normal.

Relativamente independência entre as variáveis aleatórias residuais obtivemos um valor de teste de *Durbin-Watson* de 2,435. Como este valor se aproxima do valor ótimo (2), podemos afirmar que as variáveis são independentes.

De forma a investigar se as variáveis explicativas são linearmente independentes, ou seja, de forma a verificar a multicolineariedade, analisámos a Tabela 25.

Tabela 25: Diagnóstico de colinariedade (características sócio-demográficas x satisfação geral)

Diagnóstico de colinariedade (características sócio-demográficas x satisfação geral)							
	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.	Estatísticas de colinariedade	
	B	Erro	Beta			Tolerância	VIF
Constante	26,163	2,418		10,821	0,000		
Género	0,087	0,689	0,016	0,126	0,900	0,963	1,038
Idade	0,026	0,028	,0,132	0,935	0,355	0,791	1,264
Escolaridade	0,088	0,216	0,061	0,407	0,686	0,718	1,392
Situação profissional	-,768	0,221	-,467	-3,469	0,001	0,878	1,138

Fonte: Autoria própria

Da análise da Tabela 25 observamos que os VIF das várias variáveis independentes apresentam valores de cerca de 1, ou seja, próximo de 0. Neste sentido, afirma-mos que não existe colineariedade entre as variáveis consideradas.

Analizados os pressupostos para aplicação do RLM, passámos de seguida a aplicação do RLM, para o qual estabelecemos as seguintes hipóteses:

H_0 : As características sócio-demográficas (tomadas individualmente) não influenciam a satisfação geral dos utentes

H_1 : As características sócio-demográficas (tomadas individualmente) influenciam a satisfação geral dos utentes.

Para constatar tal facto, analisemos a tabela 26.

Tabela 26: Coeficientes de regressão (características sócio-demográficas X satisfação geral)

Coeficientes de regressão (características sócio-demográficas X satisfação geral)					
	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Constante	25,801	2,263		11,399	,000
Género	,162	,658	,030	,246	,806
Idade	,031	,026	,157	1,173	,246
Escolaridade	,114	,203	,078	,562	,576
Situação profissional	-,778	,214	-,469	-3,635	,001

Fonte: Autoria própria

De acordo com os resultados podemos concluir o seguinte:

- A variável género não influencia a satisfação geral dos utentes, uma vez que $p = 0,806 > 0,05$, ou seja, não rejeitámos H_0 para esta variável e podemos afirmar que a variável género não influencia a satisfação geral do utente (H_1).
- A variável idade não influencia a satisfação geral dos utentes, uma vez que $p = 0,246 > 0,05$, ou seja, não rejeitámos H_0 para esta variável, e afirmamos que variável idade não têm influência sobre a satisfação geral do utente.
- A variável escolaridade não influencia a satisfação geral dos utentes, uma vez que $p = 0,576 > 0,05$, ou seja, não rejeitámos H_0 para a variável escolaridade e afirmamos que a mesma não tem influência sobre a satisfação geral do utente.
- Finalmente, a variável situação profissional influencia a satisfação geral dos utentes, uma vez que apresenta $p = 0,01 < 0,05$ e como tal rejeitámos H_0 , e

afirmamos que a situação profissional influencia a satisfação geral dos utentes.

3. Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos com a realização do estudo sobre a “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, procurando articular os resultados mais expressivos com os aspectos conceptuais da componente teórica.

O estudos da qualidade percebida e da satisfação dos doentes foi feito com base na análise das opiniões expressas pelos inquiridos, sendo, por esse facto, uma validação subjectiva, susceptível de ser influenciada por factores externos e internos ao próprio indivíduo, pelo que a opinião expressas pelos consumidores dos serviços de saúde, deve ser entendida apenas como um dos elementos a ter em conta na implementação da medidas que visam a melhoria da qualidade organizacional dos serviços farmacêuticos em estudo.

3.1. Análise dos Resultados

Como já foi mencionado, este trabalho de investigação, têm como objectivo, não só propor um modelo de análise da qualidade percebida e da a satisfação dos utentes com os serviços de farmácia hospitalar, mas também identificar as dimensões que mais contribuem para a satisfação geral dos utentes, e posteriormente relacionar esta última com as características sócio-demográficas dos utentes. Como tal, passámos a analisar os resultados referentes às hipóteses previamente colocadas:

Hipótese 1: As dimensões do modelo final de “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, são as mesmas que as dimensões do modelo SERVPERF inicialmente traçado para serviços farmacêuticos hospitalares.

Uma das maiores críticas aprestadas ao modelo SERVPERF é precisamente a questão das dimensões que caracterizam a qualidade. De acordo com Cronin e Taylor (1994, p.17), um dos maiores críticos à metodologia SERVQUAL, a baixa variância entre as diferentes dimensões sugere a utilização de mais dimensões, em relação a escala original (5), ou a utilização de uma escala única. Com base nesta premissa e de acordo com a bibliografia disponível, foi construído um instrumento de medida que visava avaliar a “Qualidade percebida e a satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos da HSLE, ULSNA, E.P.E” (ANEXO I). Este questionário é o resultado da metodologia inerente ao modelo SERVPERF, sofrendo algumas alterações sugeridas por vários autores tais como: Larsson (2000) e Ramsaran-Fowdad (2005). Segundo os mesmos, a aplicação do modelo SERVPERF na área da saúde pressupõem a adição de pelo menos, mais duas dimensões da qualidade: os “aspectos médicos do serviço” e “profissionalismo e competências”. Para além, destas alterações ao modelo original, o questionário adoptado, foi ainda submetido a algumas alterações sugeridas pela avaliação por peritos e pelo pré-teste. Finalmente, o questionário aplicado fez-se constituir pelas seguintes dimensões: aspectos tangíveis; confiança; capacidade de resposta; segurança; empatia; casos clínicos e técnicos da farmácia; profissionalismo e competências.

Após a aplicação instrumento, apoiado nas dimensões sugeridas pelos autores acima referidos, recorreremos à aplicação de uma análise factorial exploratória de forma a detectar a forma de agrupamento dos vários itens. Assim, conseguimos estabelecer as dimensões inerentes à avaliação da qualidade percebida e satisfação dos utentes. Concomitantemente, foi analisada a consistência interna do instrumento de medida, a qual resultou num α de Cronbach de 0,971, o que revelava uma consistência muito boa (Pestana & Gageiro, 2005, p.526). Como o $N = 56$ apresentava alguns *missings* optámos por utilizar uma análise factorial com extracção de 5 ou menos factores. Iniciamos a análise factorial com 5 factores, o que revelava um KMO muito baixo. Posteriormente, optámos por uma análise factorial exploratória a 4 factores (com um KMO de 0,748), das quais resultaram as seguintes dimensões: segurança ($\alpha = 0,942$); aspectos tangíveis ($\alpha = 0,917$); confiança ($\alpha = 0,891$); e profissionalismos e competências ($\alpha = 0,842$).

Perante este cenário, rejeitámos a Hipótese 1, ou seja, **as dimensões do modelo de “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”, não são as mesmas que as**

dimensões do modelo SERVPERF para a saúde adaptado aos serviços farmacêuticos hospitalares.

Comprando os resultados obtidos com a bibliografia disponível, podemos afirmar que os mesmos são um pouco díspares. Porém, nenhum dos estudos pode ser totalmente extrapolado para o estudo em questão, já que diferem no âmbito do mesmo. A maioria dos autores, tais como Cozendey (2007) e Olalde (2008), aplicam uma escala SERVQUAL adaptada semanticamente à situação em causa, sem sugerir grandes oscilações à escala original. Ou seja, aplicam questionários com as 5 dimensões originais, alterando apenas alguns itens de acordo com o contexto. Outros autores como Lopes (2007), adoptam dimensões completamente diferentes. Contudo, o trabalho de Lopes (2007) apresenta características muito particulares já que desenvolve um estudo que visa medir a percepção da qualidade dos serviços de saúde na área oncológica, obtendo 6 dimensões totalmente distintas das propostas das inicialmente propostas pelo modelo SERVPERF: gestão, técnica; apoio psicológico; explicação; relação e confiança.

Com os factores previamente estabelecidos, desenhámos de seguida, um modelo de equação estrutural que representa as relações entre as dimensões obtidas através da análise factorial e os respectivos itens (confirmados com as relações de regressão entre os itens e entre as correlações entre as variáveis latentes aqui representadas pelas dimensões da qualidade). Todos os resultados obtidos demonstraram valores significativos ($p = ***$). A identificação de um modelo que represente a satisfação dos utentes, têm implicações não só a nível de tomadas de decisões, mas também na perspectiva de identificar as necessidades dos pacientes, perceber as expectativas dos mesmos e, de acordo com estas, estabelecer programas de decisão e melhoria dos serviços prestados (Andaleeb et al, 2007 p.270). Analisando, os índices de ajustamento do modelo, obtivemos alguns resultados menos satisfatórios. Contudo, apenas os índices RMSEA e PLOSE são questionáveis. No caso do RMSEA obtivemos um valor de 0,135, o que corresponde a um ajuste pobre. Quanto ao PLOSE, apresentou um valor de 0,000, quando o desejado seria superior a 0,05. Apesar destes valores, decidimos optar por este modelo, já que é o mais plausível para explicar a “Qualidade percebida e satisfação dos utentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”. Por outras palavras, este é o modelo que obtém melhores resultados para explicar a realidade explorada. Comparando estes resultados com o estudo de Lopes (2007), já aqui referido, observámos algumas semelhanças. Ou

seja, a maioria dos índices de aderência do modelo foram satisfatórios, contudo o índice RMESA apresenta um valor muito próximo do limite. Após as análises acima referidas, podemos então apontar para um questionário *standard* que pode ser observado no ANEXO IV.

Hipótese 2: Alguma(s) dimensão(ões), são mais importantes para a avaliação da satisfação geral com o serviço por partes dos utentes de ambulatório do HSLE, ULSNA, E.P.E.

Antes de comparámos os resultados obtidos nas diferentes dimensões explorámos os itens que caracterizam cada dimensão. Relativamente à dimensão que pretende mensurar a segurança, o item que avaliava a perspectiva da satisfação geral com o serviço prestado, foi o que apresentou a média mais elevada (6,67). Ou seja, a nível da segurança, os utentes consideram-se satisfeitos com serviço em geral, o que deve ser considerado como um bom indicador para o serviço prestado. No que respeita aos aspectos tangíveis, o item que os utentes mais enfatizaram, ou seja, o item que apresenta uma média mais elevada (6,33), afirma que “Os serviços farmacêuticos possuem equipamentos modernos.” Já o item que apresenta uma média mais baixa (5,90) afirma que “Os serviços farmacêuticos possuem bons materiais (panfletos, brochuras e posters)”. Transpondo os resultados obtidos para a realidade avaliada, a opinião dos utentes é bastante pertinente, já que o serviço de ambulatório apresenta instalações novas, contudo ainda não dispõe da informação escrita desejada para informação do utente. Relativamente à dimensão da confiança, o item em relação ao qual os utentes demonstram mais satisfação afirma que “Os profissionais de saúde são certificados” (Média = 6,59). Por sua vez o item que apresentam uma média mais baixa (6,06) afirma que “Há uma educação para a saúde do utente”. Um resultado como este deve ser tido em conta pelos profissionais de saúde que prestam o serviço de atendimento em ambulatório nos serviços farmacêuticos do HSLE. Os itens que pretendem mensurar o profissionalismo e competências, apresentam médias bastante próximas. No entanto, destacamos o item que apresenta a média mais baixa que afirma que “Os profissionais de saúde têm conhecimentos e competências”, e apresenta uma média de 6,62. Apesar de este item demonstrar pouca expressão relativamente aos restantes, também deve ser levado em conta pelos profissionais de saúde. Esta análise permite-nos perceber quais os itens que devem ser melhorados no serviço em causa.

De forma a verificar a Hipótese 2, analisámos os pressupostos de aplicabilidade do RLM. Apesar se não termos conseguido verificar os mesmos através os métodos adoptados, prosseguimos para a análise da RLM. Através desta análise percebemos que todas as dimensões da qualidade têm influência na satisfação geral do utente de ambulatório ($p = 0,000$). Esmiuçando, o valor da estatística de teste, constatámos que a dimensão que mais contribui para a satisfação geral dos utentes é os aspectos tangíveis ($Beta = 0,416$), seguidas pela confiança ($Beta = 0,377$), pela segurança ($Beta = 0,273$) e por fim pelo profissionalismo de competências ($Beta = 0,217$). Respondendo à **Hipótese 2, os aspectos tangíveis são a dimensão que mais contribui para a avaliação da satisfação geral com o serviço por parte dos utentes de ambulatório do HSLE, ULSNA, E.P.E, seguida da confiança, da segurança e finalmente o profissionalismo de competências.**

Comprando os resultados com a bibliografia de referência, obtivemos, mais uma vez, resultados deferentes da bibliografia disponível. Nos estudos, que não se enquadram na área da saúde a dimensão mais vezes referenciada, como a dimensão que mais contribui para a satisfação geral com o serviço, é a confiança. Este facto pode ser constado através dos estudos de Fogarty et al (2000) e Vanniarajan e Anbazhagan, (2007). Dentro da área da saúde os resultados são díspares. Alguns estudos referenciam a confiança como a dimensão de maior ênfase na satisfação geral do serviço. O mesmo pode ser constado no estudo de Cabral (2007, p. 83), que avalia a qualidade percebida dos serviços hospitalares em Recife. Já Raposo et al (2008, p.97), obtiveram resultados diferentes. Apesar de aplicar uma escala modificada na avaliação da satisfação de utentes com serviços de saúde em geral, observaram que estes demonstravam mais interesse em questões de facilidades de acesso, conforto, temperatura e luminosidade em detrimentos dos aspectos técnicos.

O estudo de Lopes (2007, p. 230), que mensura a percepção da qualidade em serviços de saúde de oncologia, seria o que ofereceria melhores condições de comparação, uma vez que se trata do único estudo do género realizado em Portugal. Contudo, as dimensões utilizadas na mensuração da satisfação dos utentes com os serviços de oncologia, em nada correspondem às dimensões que avaliam a qualidade dos serviços farmacêuticos. Neste estudo, a dimensão que mais contribui para a satisfação geral do utente foi a dimensão da relação seguida da capacidade de explicação dos profissionais de saúde. Se extrapolarmos estas

duas dimensões para a nossa dimensão de profissionalismo e competências, podemos afirmar que os resultados são contraditórios, o que se explica, em parte, pelas especificidades inerentes a cada serviço. Assim, podemos afirmar que não existe uma escala única que tenha capacidade de mensuração a qualidade percebida e da satisfação dos utentes com serviços de saúde. A aplicação de uma escala tipo SERVPERF em serviços de saúde, pressupõe por isso, adaptações que respeitem as especificidades dos serviços em causa.

Olalde (2008, p.77), obteve resultados semelhantes a este estudo ao desenvolver um trabalho de que aplica uma escala SERVQUAL a utentes de um serviço de enfermagem no México. Neste caso, a dimensão que mais contribuiu para a satisfação geral do utente, foi os aspectos tangíveis, seguida da capacidade de resposta. De forma semelhante, o estudo de Andaleeb et al (2007), considera que a dimensão mais importante na definição da satisfação geral dos utentes é a competências dos médicos (não adaptável ao nosso estudo) seguida pelos aspectos tangíveis.

Hipótese Geral 3: O género, a idade, a escolaridade, e a situação profissional, influenciam a satisfação geral do utente.

De forma a analisar se as características sócio-demográficas que contribuem positivamente para a satisfação geral do utente, aplicámos novamente o modelo de RLM. Como é de esperar, foi necessário verificar os pressupostos para a sua aplicabilidade, cujos resultados foram satisfatórios. Ao tentarmos comparar os nossos resultados com a bibliografia disponível deparamo-nos com dificuldades, uma vez que a mesma é quase inexistente, preocupando-se apenas em discutir as dimensões da qualidade e validade dos instrumentos de pesquisa. Assim, os estudos disponíveis acabam por não cruzar os seus instrumentos de medida com as características sócio-demográficas da população.

Hipótese 3.1: O género influencia a da satisfação geral do utente.

Os poucos estudos que fazem referência ao género dos inquiridos, não o fazem com a finalidade de explicar os dados. Contudo, quisemos perceber se tal característica influenciava positivamente a percepção da satisfação geral do utente. Neste sentido, para esta variável género, obtivemos um $p = 0,806 > \alpha = 0,05$, ou seja, não rejeitamos a **Hipótese 3.1.** e afirmámos que **o género não influencia a satisfação geral do utente.** Neste sentido, sugerimos que se explore melhor esta

variável, através de populações com características diferentes e com a adopção de amostras de maiores dimensões.

Hipótese 3.2: A idade influencia a satisfação geral do utente.

Em contexto hospitalar verifica-se uma procura demográfica diferente do resto da população geral, onde os idosos representam uma enorme fatia da procura de serviços, acentuando-se este fenómeno nas zonas mais rurais, onde a população só por si já é envelhecida. Neste sentido, achámos pertinente explorar a variável satisfação geral em função da variável idade. Para esta variável foi obtido um valor p de 0,246, superior a α 0,05, ou seja, não rejeitámos a hipótese nula que afirma que “a idade não tem influência na satisfação geral dos utentes” e assim podemos afirmar que a **Hipótese 3.2.** não se verifica. Como tal podemos afirmar que **a idade não influencia a satisfação geral do utente.** Comparando os resultados com os estudos de Lopes (2007, p.251), mais uma vez constatámos diferenças. Segundo o mesmo autor, este tipo de avaliação, baseada apenas numa escala métrica, coloca-nos um problema, não é possível dizer se a diferença é verificada por transformação das percepções de qualidade do serviço e da satisfação ao longo da vida, (situação que exigiria um estudo de *coorte*), ou se apenas os critérios das pessoas hoje idosas, são menos exigentes quando formam o seu quadro de referência (Lopes, 2007, p.251).

Hipótese 3.3: A escolaridade influencia a satisfação geral do utente.

Tal como se observou em relação ao género e a idade, a escolaridade demonstra uma carência básica de contextualização, e de estudos que indiquem se aquilo que foi encontrado nos testes é exclusivamente fruto do estudo, ou apenas uma situação endógena colinear, própria de outras circunstâncias associadas. Para a variável escolaridade o p encontrado foi de 0,576, ($>\alpha = 0,05$), o que nos leva a não rejeitar a hipótese nula. Assim, afirmamos que **a escolaridade não influencia a satisfação geral do utente.** Mais uma vez, este resultado é diferente do obtido no estudo de Lopes (2007), onde a variável grau de instrução teve impacto na avaliação geral do serviço.

Hipótese 3.4: A situação profissional influencia a satisfação geral do utente.

A situação profissional tem sido uma característica pouco explorada em estudos de satisfação, no entanto, decidimos inclui-la no nosso estudo uma vez que pensámos que os consumidores dos serviços de saúde que desempenhassem uma actividade profissional activa, ao invés da população reformada (que se viria a

confirmar que era enorme), poderiam ter outro tipo de necessidades e expectativas em relação ao serviço prestado. Assim sendo, e procedendo à análise dos resultados, obtivemos um $p = 0,001 < \alpha = 0,05$, ou seja, a **situação profissional influencia a percepção da satisfação geral do utente**. Por outras palavras, a nossa perspectiva inicial foi confirmada.

Visto que os resultados obtidos relativamente à influência das características sócio-demográficas da população na satisfação geral, são quase todos inconclusivos, sugerimos a realização deste tipo de explorações em amostras maiores.

3.2. Limitações e Recomendações

A principal dificuldade observada na realização deste estudo prende-se com o baixo nível de instrução dos consumidores do serviço. Devido à dificuldade de entendimento, foi necessária a intervenção da pesquisadora junto de um grande número de utentes, a fim de garantir a conformidade dos dados. Contudo, os dados não deveriam ser recolhidos na presença da mesma, uma vez que se observou o possível condicionamento dos dados por parte da mesma. Para além da dificuldade de instrução dos utentes e, provavelmente como resultado da mesma, identificámos ainda uma baixa adesão ao estudo por parte dos utentes, o que levou a uma amostra reduzida e consequentemente a resultados por vezes pouco conclusivos. Outra das limitações é sem dúvida a limitação geográfica, que se prende com o facto do estudo não poder ter sido alargado ao HDJMG, da ULSNA, E.P.E., com havia sido previsto inicialmente. Tal alargamento levaria, sem dúvida a resultados bastante mais interessantes, mais abrangentes e de carácter comparativo. Contudo, esta tarefa não nos foi possível devido à escassez de recursos humanos.

A necessidade de aprofundar os conhecimentos na área da qualidade organizacional fornece um vasto campo de pesquisa científica que deve ser explorado para a recolha de indicadores de qualidade que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Como recomendações para trabalhos futuros, destacamos mais uma vez que apesar dos modelos SERVQUAL e SERVPERF apresentarem capacidade de adaptação à saúde, a sua aplicação deve ser explorada de acordo com as especificidades do serviço em causa. Neste

sentido, sugerimos o desenvolvimento de estudos que visem a aplicação deste tipo de escalas noutros de serviços hospitalares. Além disso, o referido estudo apenas inquiriu os clientes externos do serviço (doentes em regime de ambulatório), e como tal, sugerimos a mensuração da opinião dos clientes internos (enfermeiros, médicos, técnicos de saúde, e pessoal auxiliar), como forma de complementar a opinião sobre a qualidade do serviço em causa. Sugerimos também, a aplicação do modelo aqui discutido em serviços farmacêuticos hospitalares de outros hospitais ou unidades hospitalares, de forma a validar o mesmo. Para tal, será necessário o planeamento das actividades, mas principalmente a motivação e envolvimento dos profissionais envolvidos. Por último, destacamos a necessidade de aprofundar o impacto das características sócio-demográficas na satisfação dos utentes e na construção dos modelos teóricos. Neste âmbito tudo, ou quase tudo está por fazer. Não só a nível da área hospitalar mas também na saúde em geral. A própria base social ainda se encontra por conhecer: faixas etárias, grupos culturais, camadas de rendimento, etc. nos quais se desconhece, onde, e em que medida, impactam nos constructos da qualidade percebida e satisfação dos utentes com o serviço.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento das tecnologias de informação e dos fluxos que sustentam a mesmas, levam cada vez mais, a um panorama de multidisciplinaridade entre as várias disciplinas do saber. Contudo, só recentemente a área da saúde começa a ser encarada como um negócio ou sector de actividade em pleno desenvolvimento. Além disso, as exigências deste sector do qual todos somos potências clientes, pressupõe a adopção de medidas cada vez mais exigentes no sentido da melhoria constante da qualidade da prestação de serviços. Assim sendo, é cada vez mais pertinente avaliar a perspectiva de qualidade do serviço prestado pela visão do consumidor dos serviços de saúde, que neste caso, deve ser encarado como utente, cliente mas também como contribuinte. Só assim será possível adoptar medidas no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados e gerir os mesmos de forma mais eficaz.

Ao longo dos anos, foram várias as técnicas utilizadas no sentido de mensurar a percepção de qualidade dos serviços. Se nos debruçarmos sobre os estudos que avaliam a percepção de qualidade por parte dos utentes dos serviços de saúde, constatamos que os mesmos são quase inexistentes. Contudo, alguns autores optam por adoptar escalas pré-existentes ao sector da saúde. Apoiados nos mesmos, resolvemos utilizar no nosso estudo a escala SERVPERF, a qual já tem vindo a demonstrar viabilidade no sector da saúde.

Fazendo um balanço entre aquilo que nos propusemos fazer e aquilo que efectivamente conseguimos, podemos afirmar que os objectivos traçados foram cumpridos. Foi gerada uma ferramenta específica que mensura a “qualidade percebida e a satisfação dos utentes dos serviços farmacêuticos hospitalares”, e verificaram-se as hipóteses que relacionavam as várias dimensões da qualidade com a satisfação geral. O mesmo não aconteceu, com a tentativa de perceber o quanto às características sócio-demográficas influenciavam a satisfação geral. Tal facto pode dever-se ao tamanho insuficiente da amostra ou à necessidade de reformular as questões referentes as características da população. O modelo sugerido na tese, surge na sequência do modelo SERVPERF adaptado ao sector

da saúde e consequentemente readaptado á realidade dos serviços farmacêuticos hospitalares. De seguida, esquematizamos o trabalho desenvolvido na Figura 5.

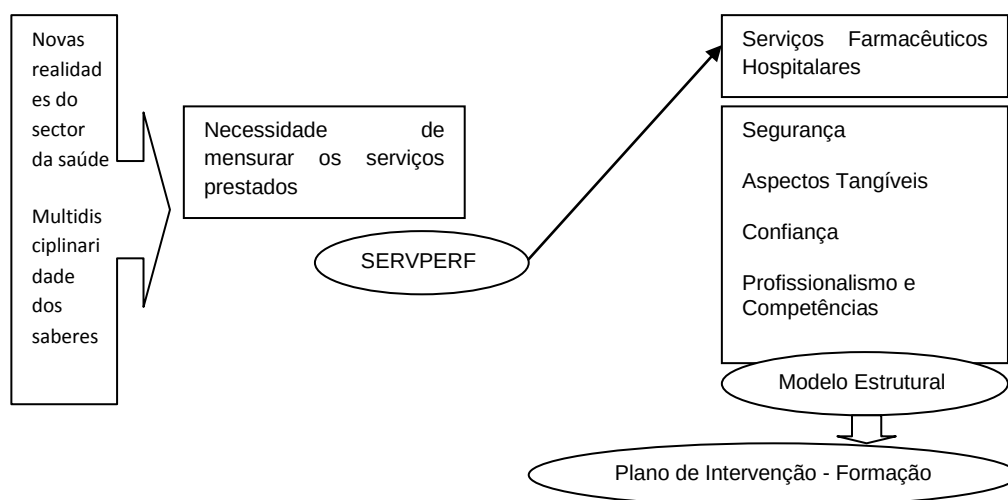


Figura 5: Conclusão

Fonte: Autoria Própria

Como principais contributos destacamos sem dúvida, a metodologia, já que conseguimos desenvolver um modelo estrutural e um instrumento de medida (com base na escala SERVPERF), que avalia a “qualidade percebida e a satisfação dos utentes de serviços farmacêuticos hospitalares”. Este instrumento deve ser observado como uma ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde que desempenham as suas actividades em serviços farmacêuticos hospitalares. Além disso, este trabalho de investigação foi pioneiro no facto de se destinar ao público dos serviços farmacêuticos hospitalares, até aqui não explorados, e pelo facto de relacionar características sócio-demográficas da população com a satisfação geral. Trabalho este quase inexistente na bibliografia explorada.

Com este estudo conseguimos perceber também a importância do envolvimento dos doentes nas tomadas de decisão. Este benefício será notado tanto a nível do doente como no apoio às tomadas de decisão por parte da gestão. Contudo, é preciso ter em mente que abordámos apenas uma “pequena parcela desta realidade” e que devemos conseguir manter uma visão holística deste problema. Para podermos aprofundar tal facto seria necessário outro tipo de trabalhos, por exemplo, a nível dos clientes internos. Ou seja, podemos afirmar que apenas demos um pequeno passo que explora uma vasta realidade, e que se

requerem estudos que caracterizem as diferentes visões, dentro e fora da área da farmácia hospitalar.

Com a finalidade de sensibilizar os profissionais da área para tal facto sugerimos, por fim, um plano de intervenção.

Plano de Intervenção

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que nenhum dos aspectos mensurados demonstra um deficit de qualidade, contudo alguns itens apresentaram resultados menos positivos e muito provavelmente resultam da falta de motivação dos profissionais de saúde. Face aos resultados expressos, foi elaborada uma proposta de intervenção orientada para as boas práticas em farmácia, que não se deve cingir apenas a questões técnicas e metodológicas, mas fundamentalmente a questões comportamentais ou inter-relacionais.

I. Metodologia de Trabalho

Serão conduzidas sessões de aprendizagem teóricas e práticas, com 10 profissionais no máximo, e que devem incluir todos os profissionais que desempenham as suas actividades nos serviços farmacêuticos hospitalares.

Na componente teórica privilegiar-se-á a condução de diferentes sessões de aprendizagem, sendo utilizadas exposições orais e metodológicas de interacção psicossocial.

II. Promoção, Informação e Divulgação

Para a promoção do plano de intervenção socio-organizacional preconizado, serão seguidos alguns procedimentos que incluem numa primeira instância, um pedido formal a administração do hospital. Em caso de resposta favorável, será necessário informar os profissionais da implementação do plano de intervenção.

Objectivos Gerais:

Como objectivo geral do plano de intervenção temos:

- Promover o envolvimento e participação de todos os profissionais;

Em termos específicos pretende-se que as acções de formação contribuam para:

- Envolver todos os profissionais na melhoria da qualidade e nas metodologias disponíveis para a avaliação da mesma;

- Explicar os benefícios da mensuração da qualidade de saúde.

Indicadores:

Constituem indicadores de intervenção socio-organizacional os resultados fornecidos pela aplicação periódica do questionário “Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”

Actividades a desenvolver:

Constituem actividades prioritárias a desenvolver:

- Explicar a natureza da intervenção e as suas finalidades aos profissionais de saúde;
- Incentivar a discussão em volta das vantagens para os elementos da população-alvo em contexto específico;
- Organizar uma formação sobre o modelo de equação estrutural, metodologias inerentes a mensuração da qualidade percebida e satisfação dos doentes, e vantagens e desvantagens destas metodologias.
- Aplicar o instrumento;
- Desenvolver reuniões paralelas para debater questões específicas.

III. Formação

A formação dos profissionais de saúde visa a aplicação futura do instrumento e a sensibilização dos mesmos para a mensuração da qualidade percepcionada dos utentes. Neste sentido, constitui o objectivo da formação:

- Desenvolver competências de aprendizagem: pessoais, técnicas e instrumentais;
- Proporcionar aos profissionais de saúde o aprofundamento do debate sobre a terminologia, os conceitos e os métodos inerentes à metodologia de avaliação da qualidade e da satisfação dos utentes.
- Proporcionar aos profissionais de saúde informações que lhe permitam desenvolver uma atitude crítica relativamente aos métodos de mensuração de qualidade percepcionada e satisfação dos clientes quer internos quer externos.

Resultados esperados:

Após a formação espera-se que o profissional de saúde desenvolva:

- Competências de linguagem;
- Competências conceptuais;
- Continências metodológicas;

- Competências pessoais.

Recursos:

Consideram-se recursos essenciais:

- Material multimédia;
- Recursos humanos;
- Recursos temporais.

IV. Investigação

As acções de investigação a realizar-se inserem-se no processo de avaliação ou reavaliação da “Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatorios dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.”

Objectivo Geral:

- Verificar se o programa está a ser cumprido de acordo com o planeado e em função da finalidade.

Indicadores:

- Satisfação dos utentes.

Meios de verificação:

- Questionários.

Resultados esperados:

Espera-se que nesta fase de implementação e desenvolvimento do plano de intervenção os profissionais de saúde tenham desenvolvido competências técnicas e comportamentais que cujo contributo seja visível na satisfação geral dos utentes.

Recursos:

- Questionário;
- Recursos humanos;
- Recursos temporais.

Com base nos resultados obtidos, esta proposta de intervenção socio-organizacional orientada para a mudança de perspectiva dos profissionais de saúde em relação as metodologias de avaliação de qualidade percepciona e satisfação dos utentes, sugere ainda a avaliação da perspectiva dos clientes após um período de formação. A proposta de intervenção está estruturada para ser desenvolvida com os pressupostos teóricos do modelo SERVPERF.

BIBLIOGRAFIA

Arbuckle, J. L. (2008) *Amos™ 17.0 User's Guide*. Amos Development Corporation. United States of America.

Andaleeb; Syed, S.; Siddiqui, N.; Khandakar, S. (2007). *Patient with health service in Bangladesh. Heath Policy and Planning*, 22, 263-273.

Bowers, M. R. (2000). Medindo a Qualidade em Cuidados de Saúde: uma Revisão de Literatura, Antecedentes e Consequentes. In: Lopes, H.; Pisco, L.; Mosser, G.; Abacassis, P.; Nyman, M.; Vila, R. D.; Nascimento, F.; Bowers, M.; Larsson, L.; Messberg; Freire, A.; Juhn, P., *Gestão da Doença & Qualidade de Saúde*. Comissão Sectorial de Saúde do IPQ.

Bruin, J. (2006). *Newtest: command to compute new test*. [Internet]. UCLA: Academic Technology Services, Statistical Consulting Group. (2006). Disponível em: <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/ado/analysis/.2006>.

Cabral, L. L. D. (2007). *Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos factores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL* [Internet] Tese de Mestrado apresentada á Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: <http://www.gpsid.org.br/dominioextras/ppgep/tesesDissertacoes/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Leane%20Lima%20Dias%20Cabral.pdf>.

Clerfeuille, F.; Poubanne, Y.; Vakrilova, M.; Petrova, G. (2008). Evaluation of consumer satisfaction using the tetra-class model. *Research and Administrative Pharmacy*, 4, 258-271.

Conselho Executivo do Plano de Reestruturação da Farmácia Hospitalar. (2005). *Manual da Farmácia Hospitalar*. Gráfica Maiadouro.

Cozendey, E. M. (2007). *Um modelo experimental para avaliação da qualidade de serviços hospitalares*. Tese de Mestrado apresentada á Universidade Estadual do

Norte Fluminense. Disponível em:
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=111729.

Cronin, J. J.; Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perception-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*. U.S.A., 58, 125-131.

Farias, S. A.; Santos, R. C. (2000). Modelagem de Equações Estruturais e Satisfação do Consumidor: uma Investigação Teórica e Prática. *RAC*, 4 (3), 107-132.

Fogarty, G.; Catts, R.; Forlin, C. (2000). Identify shortcomings in the measurement of service quality. *Journal of Outcome Measurement*. University of Southern Queensland, 4 (1), 425-447.

Gupta, H. D. (2008). Identifying Health Care Quality Constituents: Service Providers` Prespective. *Journal of Management Research*. Delhi: Faculty of Management Studies, 8 (2), 18-28.

Jain, S. K.; Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vr. SERVPERF Scales. *Vikalpa*. Delhi: University of Delhi, 29 (2), 25-37.

Kettinger, W. J.; Lee, C. C. (1997). Pragmatic Perspectives on the Measurement of Information Systems Service Quality. *MIS Quarterly*. U.S.A., 2, 223-240.

Larsson, L. (2000). Lealdade e Satisfação do Cliente em Serviços de Saúde. In: Lopes, H.; Pisco, L.; Mosser, G.; Abacassis, P.; Nyman, M.; Vila, R. D.; Nascimento, F.; Bowers, M.; Larsson, L.; Messberg; Freire, A.; Juhn, P., *Gestão da doença & Qualidade em Saúde*. Comissão Sectorial de Saúde do IPQ.

Landrum, H.; Prybutok, V. R.; Zhang, X. (2007). A comparison of Magal`s service quality instrument with SERVPERF. *Information & Management*. United States, 44, 104-113.

Lopes, A. M. S. (2005). *Qualidade dos Serviços de Saúde. Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*. Tese de Mestrado apresentada á

Universidade de Évora e à Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, Évora.

Lopes, H. J. C. (2007). *Medição da Percepção da Qualidade de Serviço. Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Évora, Évora.

Maia, M. A.; Salazar, A. M. B. K.; Ramos, P. M. G. (2000). Conocimiento, innovacion y emprendedores: *Camino al futuro*. Ayala Calvo, J. C. y grupo de investigación FEDRA. Espanha: 1802-1813.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. 3ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010* [Internet]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html.

Nascimento, F. (2000). Qualidade e Valor: uma visão conceptual aplicável aos sistemas de saúde. Lopes, H.; Pisco, L.; Mosser, G.; Abacassis, P.; Nyman, M.; Vila, R. D.; Nascimento, F.; Bowers, M.; Larsson, L.; Messberg; Freire, A.; Juhn, P., *Gestão da doença & Qualidade em Saúde*. Comissão Sectorial de Saúde do IPQ.

Newcastle University. (2007). *How to Perform and interpret Factor Analysis using SPSS*. [Internet]. Disponível em: <http://www.ncl.ac.uk/iss/statistics/docs/factoranalysis.php>.

Olalde, M. G. C. (2008). *Escala SERVQUAL: validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem, segundo a percepção de pacientes hospitalizados*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29042008-105429/>.

Paul III, D. P. (2003^a). An Exploratory Examination of “SERVQUAL” Versus “SERVPERF” for Prosthetic Dental Specialists. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. New Jersey: Scholl of Business Administration, 20 (1), 89-100.

Paul III, D. P. (2003^b). What Is the “Best” Approach for Measuring Service Quality of Peridontists?. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. New Jersey: Scholl of Business Administration, 20 (4), 457-468.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. Nunes. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinho, I.; Rego, A.; Kastenhoz, E. (2006). *Factores satisfacientes e insatisfacientes ods utilizadores de Websites: um estudo exploratório*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Artigo para submissão de publicação. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/tek/n10/n10a04.pdf>

Ramsaran-fowdar, R. R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *JHHSA*. Mauritius: University of Mauritius, 428-443.

Raposo, M. L.; Alves, H. M.; Duarte, P. A. (2008). Dimensions of service and satisfaction in healthcare: a patient' s satisfaction index. *Springer*. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 85-100.

Ribeiro, A. L. P.; Salgueira, R. M. M. S, P.; Araújo, J. F. D.; Silva, M. L. S. L.; Redondo, A. M. C. M. (2008). *Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Portalegre: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Shahin, A. (2009). *SERVQUAL and Moldel of Service Quality Gaps: A Framework for Determining and Prioritizing Critical Factors in Delivering Quality Service*. Iran: University of Isfahan.

Silva, J. S. F. (2006). *Modelagem de Equações Estruturais: apresentação de uma metodologia*. Trabalho de pós-graduação apresentado á Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/8628>.

SPSS, Inc (2007). *SPSS Statistics Base 17.0*. User's Guide. Amos Development Corporation. United States of America.

Udo, G. J.; Bagchi, K. K.; Kirs, P. J. (2008). Assesseing web service quality dimensions: the e-servperf approach. *Issues in Information Systems*. Texas: University of Texas, 2, 313-322.

Wikiversity. (2009). *Exploratory factor analysis* [Internet]. Disponível em: http://en.wikiversity.org/wiki/Exploratory_factor_analysis

Zeithaml, V.; Parasuraman, A.; Berry, L. L. (1990). *Calidad Total en la Gestion de Serivicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Madrid: Diaz de Santos.

ANEXO I

Universidade de Évora/ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

VI Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

*Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços
farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.*

Questionário nº	____/____/____
-----------------	----------------

Data	____/____/____
------	----------------

Questionário

1ª Fase – Qualidade percebida

Considerando os serviços prestados assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem cada item para si. À frente de cada frase encontra-se um quadrado, no qual lhe pedimos que marque um X no número de 1 (discordo totalmente ☹) a 7 (concordo totalmente ☺) de acordo com o que pensa.

Campo 1 – Aspectos Tangíveis		☹ ☺ ☺						
1.1	Os Serviços Farmacêuticos possuem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
1.2	Os Serviços Farmacêuticos apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, balcão).	1	2	3	4	5	6	7
1.3	Os Serviços Farmacêuticos possuem bons materiais (panfletos, brochuras, posters).	1	2	3	4	5	6	7
1.4	Os profissionais de saúde têm um aspecto limpo.	1	2	3	4	5	6	7
1.5	Os Serviços Farmacêuticos estão bem situados e apresentam uma boa sinalética.	1	2	3	4	5	6	7

Campo 2 – Confiança		☹ ☺ ☺						
2.1	Quando os profissionais prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.	1	2	3	4	5	6	7
2.2	Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde mostram interesse em resolve-lo.	1	2	3	4	5	6	7
2.3	Os profissionais de saúde fazem o seu trabalho bem á primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7

2.4	Os profissionais de saúde concluem o seu serviço no tempo prometido.	1	2	3	4	5	6	7
2.5	Os Serviços Farmacêuticos têm os seus registos actualizados e sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
2.6	Os doentes são informados de quando deverão iniciar ou terminar uma terapêutica.	1	2	3	4	5	6	7
2.7	As terapêuticas são eficientes, fiáveis e com preços acessíveis.	1	2	3	4	5	6	7
2.8	Há uma preocupação com a contenção de gastos ou de outros encargos.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 3 – Capacidade de Resposta</i>		  						
3.1	Os profissionais de saúde explicam aos utentes como e quando concluem o serviço.	1	2	3	4	5	6	7
3.2	Os profissionais de saúde proporcionam o serviço com atenção e rapidez.	1	2	3	4	5	6	7
3.3	Quando surge um problema, os profissionais de saúde estão sempre dispostos a ajudar.	1	2	3	4	5	6	7
3.4	Os profissionais de saúde estão sempre disponíveis responder às perguntas dos utentes.	1	2	3	4	5	6	7
3.5	O tempo de espera para o atendimento é reduzido.	1	2	3	4	5	6	7
3.6	Os horários em que o serviço é prestado são convenientes.	1	2	3	4	5	6	7
3.7	É feita uma correcta avaliação da prescrição médica por parte da farmácia.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 4 – Segurança</i>		  						
4.1	Os comportamentos dos profissionais de saúde demonstram segurança para os seus utentes.	1	2	3	4	5	6	7
4.2	Os utentes sentem-se seguros na prestação do serviço.	1	2	3	4	5	6	7
4.3	Os profissionais de saúde são sempre simpáticos e corteses.	1	2	3	4	5	6	7
4.4	Os profissionais de saúde têm capacidade de responder às perguntas do utente.	1	2	3	4	5	6	7
4.5	Os profissionais de saúde explicam de forma fiel às condições de tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
4.6	É garantida a confidencialidade da informação médica.	1	2	3	4	5	6	7
4.7	Os profissionais de saúde conseguem demonstrar essa confidencialidade.	1	2	3	4	5	6	7
4.8	Os profissionais de saúde são honestos.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 5 – Empatia</i>		  						
5.1	O atendimento é individual.	1	2	3	4	5	6	7
5.2	Os horários de funcionamento dos Serviços Farmacêuticos	1	2	3	4	5	6	7

	são adequados.							
5.3	Os profissionais de saúde proporcionam cuidados personalizados aos seus utentes.	1	2	3	4	5	6	7
5.4	Os profissionais de saúde mostram interesse em escutar as questões e os medos dos seus utentes.	1	2	3	4	5	6	7
5.5	Os profissionais de saúde entendem as necessidades específicas dos seus utentes.	1	2	3	4	5	6	7
5.6	Os profissionais de saúde conseguem tranquilizar os seus utentes relativamente aos seus tratamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5.7	Os profissionais de saúde têm paciência para ouvir os seus utentes.							

<i>Campo 6 – Casos clínicos e técnicos da farmácia</i>		  						
6.1	Os profissionais de saúde têm a capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais, em caso de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
6.2	Os resultados dos tratamentos são positivos.	1	2	3	4	5	6	7
6.3	Os resultados dos tratamentos têm conseguido transmitir uma sensação de bem-estar emocional e psicológico.	1	2	3	4	5	6	7
6.4	Há uma educação para a saúde do utente.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 7 – Profissionalismo e Competências</i>		  						
7.1	Os profissionais de saúde têm conhecimentos e competências.	1	2	3	4	5	6	7
7.2	Os profissionais de saúde são qualificados.	1	2	3	4	5	6	7
7.3	Os profissionais de saúde têm experiência.	1	2	3	4	5	6	7
7.4	Os profissionais de saúde são certificados.	1	2	3	4	5	6	7
7.5	Os profissionais de saúde seguem os últimos avanços da medicina.	1	2	3	4	5	6	7

2ª Fase – Satisfação Geral

		  						
8.1.	De uma forma geral estou satisfeito com os serviços prestados.	1	2	3	4	5	6	7
8.2.	De uma forma geral considero que os serviços farmacêuticos prestam um serviço de qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
8.3	De uma forma geral, estou satisfeito com a imagem de rigor e de eficiência dos serviços farmacêuticos.	1	2	3	4	5	6	7
8.4	Agrada-me os serviços prestados pelos serviços farmacêuticos,	1	2	3	4	5	6	7

	pelo que se tivesse que escolher, não trocava estes serviços por outros serviços farmacêuticos.							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

3º Fase - Caracterização do utente**9.1 Sexo**☐₁ Feminino ☐₂ Masculino**9.2 Idade** |__|__| anos**9.3 Escolaridade**

- ☐₁ Sem escolaridade
- ☐₂ 1º Ciclo (4ª classe)
- ☐₃ 2º Ciclo (6ª classe)
- ☐₄ 3º Ciclo (9ª escolaridade)
- ☐₅ Ensino secundário complementar
- ☐₆ Curso técnico-profissional
- ☐₇ Curso superior

9.4 Situação profissional

- ☐₁ Desempregado (a)
- ☐₂ Reformado (a)
- ☐₃ Estudante
- ☐₄ Trabalhador (a) por conta de outrem
- ☐₅ Trabalhador (a) por conta própria
- ☐₆ Outros

Muito obrigado pela sua colaboração...

ANEXO II

Universidade de Évora/ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
VI Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços
farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.**

Grelha de Peritos

1ª Fase – Qualidade percebida

Considerando os serviços prestados assinale a alternativa que reflecte o nível de desempenho que tem cada item para si. À frente de cada frase encontra-se um quadrado, no qual lhe pedimos que marque um **X** na coluna “Concordo”, no caso de concordar com o item descrito ou na coluna “Discordo” se não concordar com o item descrito. Em ambos os casos pode sugerir eventuais sugestões de melhoria na última coluna.

<i>Campo 1 – Aspectos Tangíveis</i>		<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>
1.1	Os Serviços Farmacêuticos possuem equipamentos modernos.			
1.2	Os Serviços Farmacêuticos apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, balcão).			
1.3	Os Serviços Farmacêuticos possuem bons materiais (panfletos, brochuras, posters).			
1.4	Os profissionais de saúde têm um aspecto limpo.			
1.5	Os Serviços Farmacêuticos estão bem situados e apresentam uma boa sinalética.			

<i>Campo 2 – Confiança</i>		<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>
2.1	Quando os profissionais prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.			

2.2	Quando um utente tem um problema, os profissionais de saúde mostram interesse em resolve-lo.			
2.3	Os profissionais de saúde fazem o seu trabalho bem á primeira vez.			
2.4	Os profissionais de saúde concluem o seu serviço no tempo prometido.			
2.5	Os Serviços Farmacêuticos têm os seus registos actualizados e sem erros.			
2.6	Os doentes são informados de quando deverão iniciar ou terminar uma terapêutica.			
2.7	As terapêuticas são eficientes, fiáveis e com preços acessíveis.			
2.8	O serviço preocupa-se com a adesão a normas internacionais.			
2.9	Há uma preocupação com a contenção de gastos ou de outros encargos.			

<i>Campo 3 – Capacidade de Resposta</i>		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
3.1	Os profissionais de saúde explicam aos utentes como e quando concluem o serviço.			
3.2	Os profissionais de saúde proporcionam o serviço com atenção e rapidez.			
3.3	Quando surge um problema, os profissionais de saúde estão sempre dispostos a ajudar.			
3.4	Os profissionais de saúde nunca estão demasiado ocupados para responder as perguntas dos utentes.			
3.5	O tempo de espera para o atendimento é reduzido.			
3.6	Os horários em que o serviço é prestado são convenientes.			
3.7	É feita uma correcta avaliação da prescrição médica por parte da farmácia.			

<i>Campo 4 – Segurança</i>		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
----------------------------	--	----------	----------	-------------------

4.1	Os comportamentos dos profissionais de saúde demonstram segurança para os seus utentes.			
4.2	Os utentes sentem-se seguros na prestação do serviço.			
4.3	Os profissionais de saúde são sempre simpáticos e corteses.			
4.4	Os profissionais de saúde têm capacidade de responder às perguntas do utente.			
4.5	Os profissionais de saúde explicam de forma fiel as condições de tratamento.			
4.6	É garantida a confidencialidade da informação médica.			
4.7	Os profissionais de saúde conseguem demonstrar essa confidencialidade.			
4.8	Os profissionais de saúde são honestos.			

<i>Campo 5 – Empatia</i>		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
5.1	O atendimento é individual.			
5.2	Os horários de funcionamento dos Serviços Farmacêuticos são adequados.			
5.3	Os profissionais de saúde proporcionam cuidados personalizados aos seus utentes.			
5.4	Os profissionais de saúde mostram interesse em escutar as questões e os medos dos seus utentes.			
5.5	Os profissionais de saúde entendem as necessidades específicas dos seus utentes.			
5.6	Os profissionais de saúde conseguem tranquilizar os seus utentes relativamente aos seus tratamentos.			
5.7	Os profissionais de saúde tem tempo e paciência par ouvir os seus utentes.			
5.8	Os profissionais de saúde têm capacidade de referenciar o utente para outro profissional, em caso de necessidade.			

<i>Campo 6 – Casos clínicos e técnicos da farmácia</i>		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
6.1	Os profissionais de saúde têm a capacidade de estabelecer bons contactos com outros profissionais.			
6.2	Os resultados dos tratamentos são positivos.			
6.3	Os resultados dos tratamentos têm conseguido transmitir uma sensação de bem-estar emocional e psicológico.			
6.4	Há uma educação para a saúde do utente.			

<i>Campo 7 – Profissionalismo e Competências</i>		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
7.1	Os profissionais de saúde têm conhecimentos e competências.			
7.2	Os profissionais de saúde são qualificados.			
7.3	Os profissionais de saúde têm experiência.			
7.4	Os profissionais de saúde são certificados.			
7.5	Os profissionais de saúde seguem os últimos avanços da medicina.			

2º Fase – Satisfação Geral

		Concordo	Discordo	Eventual Sugestão
8.	De uma forma geral estou satisfeito com a qualidade dos serviços prestados.			

3º Fase - Caracterização do utente

9.4 Sexo

☐₁ Feminino

☐₂ Masculino

<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>

9.5 Idade |_|_| anos

<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>

9.6 Escolaridade

- ☐₁ Sem escolaridade
☐₂ 1º Ciclo (4ª classe)
☐₃ 2º Ciclo (6ª classe)
☐₄ 3º Ciclo (9ª escolaridade)
☐₅ Ensino secundário complementar
☐₆ Curso técnico-profissional
☐₇ Curso superior

<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>

9.5 Situação profissional

- ☐₁ Desempregado (a)
☐₂ Reformado (a)
☐₃ Estudante
☐₄ Trabalhador (a) por conta de outrem
☐₅ Trabalhador (a) por conta própria
☐₆ Outros

<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Eventual Sugestão</i>

Muito obrigado pela colaboração...

ANEXO III

Universidade de Évora/ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
VI Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

*Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços
farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.*

Consentimento Informado

Eu, _____ declaro que fui informado
que:

1. Se encontra a decorrer um trabalho de investigação neste hospital promovido pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, sobre qualidade e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos, sobre o qual fui convidado a participar;
2. Os dados recolhidos neste trabalho serão utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos;
3. O responsável pela investigação é a Técnica de Farmácia Susete Rodrigues;
4. Se não quiser colaborar no presente estudo, isso não terá qualquer consequência na relação futura com os profissionais de saúde;
5. Será mantido todo o anonimato e confidencialidade das informações cedidas.

Por isso, dou o meu consentimento, livre e informado, para responder ao questionário do presente estudo.

Assinatura do Doente: _____ Data: ____/____/____

ANEXO IV

Universidade de Évora/ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

VI Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Qualidade percebida e satisfação dos doentes de ambulatório dos serviços farmacêuticos do HSLE, ULSNA, E.P.E.

Questionário nº	____/____/____
-----------------	----------------

Data	____/____/____
------	----------------

Questionário Serviços Farmacêuticos Hospitalares

<i>Campo 1 – Segurança</i>		  						
4.1	Os comportamentos dos profissionais de saúde demonstram segurança para os seus utentes.	1	2	3	4	5	6	7
4.2	Os utentes sentem-se seguros na prestação do serviço.	1	2	3	4	5	6	7
8.3	De uma forma geral, estou satisfeito com a imagem de rigor e de eficiência dos serviços farmacêuticos.	1	2	3	4	5	6	7
8.1	De uma forma geral estou satisfeito com os serviços prestados.	1	2	3	4	5	6	7
4.6	É garantida a confidencialidade da informação médica.	1	2	3	4	5	6	7
4.8	Os profissionais de saúde são honestos.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 2 – Aspectos Tangíveis</i>		  						
1.3	Os Serviços Farmacêuticos possuem bons materiais (panfletos, brochuras, posters).	1	2	3	4	5	6	7
1.2	Os Serviços Farmacêuticos apresentam boas instalações e bons equipamentos físicos (mesas, cadeiras, balcão).	1	2	3	4	5	6	7
6.3	Os resultados dos tratamentos têm conseguido transmitir uma sensação de bem-estar emocional e psicológico	1	2	3	4	5	6	7
1.1	Os Serviços Farmacêuticos possuem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 3 – Confiança</i>		  						
7.4	Os profissionais de saúde são certificados.	1	2	3	4	5	6	7
7.5	Os profissionais de saúde seguem os últimos avanços da	1	2	3	4	5	6	7

	medicina.							
4.5	Os profissionais de saúde explicam de forma fiel às condições de tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
3.1	Os profissionais de saúde explicam aos utentes como e quando concluem o serviço.	1	2	3	4	5	6	7
6.4	Há uma educação para a saúde do utente	1	2	3	4	5	6	7

<i>Campo 4 – Profissionalismo e Competências</i>		  						
7.1	Os profissionais de saúde têm conhecimentos e competências.	1	2	3	4	5	6	7
7.2	Os profissionais de saúde são qualificados.	1	2	3	4	5	6	7