



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde**

**Vadilene Martins Reis Cruz**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís António Fonseca Mendes

**Covilhã, fevereiro de 2018**

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Dedicatória

Aos meus pais, Silvestre Cruz e Emília Cruz, que se sacrificaram, se dedicaram, abdicaram de tempo e de muitos projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional, mas também pessoal. Eu devo tudo que sou a vocês, e se sinto orgulho de mim e do lugar onde cheguei, é porque vocês vieram segurando a minha mão.

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Agradecimentos

O presente estudo de investigação não teria sido possível sem a ajuda de muitas pessoas, que me acompanharam ao longo deste percurso, a quem devo a minha gratidão.

Agradeço à minha família em geral, em especial ao meus pais e irmãos pela parceria afinada em tudo, no amor e na vida. São vocês que me permitem ter a certeza de que tudo vai dar certo.

Ao professor Doutor Luís António Fonseca Mendes os meus sinceros agradecimentos por ter aceite a orientação da minha pesquisa, pelas suas valiosas sugestões, e por todo o apoio que deu para a elaboração do mesmo.

Agradeço o Comité Nacional de Ética para pesquisa em Saúde, o Conselho administrativo do Hospital Dr. Agostinho Neto e do Hospital Dr. Baptista de Sousa, que permitiu a concretização do trabalho de campo.

A todos os utentes do Hospital Dr. Agostinho Neto e do Hospital Dr. Baptista de Sousa que participaram neste estudo, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários.

Ao Hernâni Alves, pela compreensão, ajuda, força, por toda e mais alguma razão.

A todos, o meu profundo agradecimento.

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Resumo

A qualidade tem suscitado uma forte preocupação na maioria dos sectores dos serviços, principalmente no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que envolve de forma transversal, todos os procedimentos, desde o atendimento, aos próprios serviços prestados por todos os profissionais. Assim, a adoção de práticas e sistemas de gestão da qualidade tem sido uma estratégia seguida em muitos países, principalmente países industrializados, relativamente aos quais existe uma extensa literatura. No entanto, nos países em desenvolvimento existe uma escassez de estudos realizados nesta área, devido ao facto de o fenómeno ter sido negligenciado durante muito tempo pelos decisores políticos e pelos gestores desses países que acreditavam que a avaliação e garantia de qualidade era um luxo confinado apenas aos países desenvolvidos.

Além disso, dos estudos realizadas no contexto dos serviços em países em desenvolvimento, tem sido reportado que as populares escalas de avaliação de qualidade de serviço como o SERVQUAL ou o SERVPERF não se adaptam à realidade desses países, sendo que surgiu a escala PAKSERV que, por ser mais apropriada a países em desenvolvimento, tem sido aplicada e investigada em diversos contextos (e.g. banca, ensino) em países Asiáticos e Africanos.

Assim, considerando a escassez de informação no contexto dos serviços de urgência, bem como a crescente procura desse tipo de serviços, pretendeu-se, com este estudo, analisar, no contexto de Cabo Verde, a influência da qualidade percebida dos serviços de urgência em hospitais públicos, na satisfação e intenções comportamentais dos utentes, assim como o papel da imagem institucional nessa relação, procurando para o efeito estudar a aplicabilidade da escala PAKSERV nesse contexto particular. A recolha de dados foi efetivada através de um questionário aplicado aos utentes dos serviços de urgência dos hospitais públicos de Cabo Verde e foi realizada entre junho e julho de 2017, tendo sido inquiridos 308 utentes, resultando numa amostra final de 304 observações (após eliminados os *outliers*).

Os resultados da investigação, obtidos da análise de equações estruturais, parecem confirmar a aplicabilidade da escala PAKSERV ao contexto estudado e sugerem não apenas que a qualidade dos serviços tem um efeito positivo direto na satisfação do utente, a qual por sua vez, influencia as intenções comportamentais, mas também que a imagem da organização desempenha um papel mediador entre a qualidade do serviço e a satisfação.

Em termos gerais, este estudo revela-se importante para os gestores de unidades públicas de saúde, principalmente de países em desenvolvimento, na medida em que estuda a aplicabilidade de um instrumento alternativo para avaliar a qualidade do serviço percebida pelo utente e permite aos gestores perceber de que forma o utente percebe a qualidade, bem como os aspetos que devem ser melhorados.

**Palavras-chave:** Qualidade dos serviços, satisfação dos utentes, intenções comportamentais, serviços de saúde.

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Abstract

Quality has stand out as a critical success and survival factor for any organization, thus representing a strong concern in most service sectors, especially in the context of health care, since it involves transversely, all procedures, from patients' reception to all the services provided by professionals. Considering such a panorama, the adoption of quality management practices and systems has been a strategy followed in many countries, mainly industrialized, for which there is an extensive literature available. However, concerning developing countries there is a paucity of research in this area because the phenomenon has long been neglected by policy makers and managers in those countries, believing that quality assessment and assurance was a luxury confined to developed countries.

In addition, among research carried out in services in developing countries, some researchers have reported that popular service quality assessment scales such as SERVQUAL or SERVPERF do not fit the reality of these countries, and an alternative scale, called "PAKSERV", more appropriate for developing countries, has been applied and studied in several different contexts (e.g. banking, education) in Asian and African countries.

In this context, considering the scarcity of information about emergency services, as well as the increasing demand for this type of services, this study aimed to analyze, in the context of Cabo Verde public hospitals, the influence of perceived service quality of emergency services in patients satisfaction and behavioral intentions, as well as the role of the institutional image in this relation, studying for this purpose the applicability of the PAKSERV scale in this particular context. The data collection was carried out through a questionnaire applied to emergency services of public hospitals in Cabo Verde and was carried out between June and July 2017; three hundred and eight questionnaires were obtained, resulting in a final sample of 304 observations (after outliers elimination).

Results obtained from a two-stage structural equation modelling analysis seem to confirm PAKSERV applicability to the context analyzed, and suggest not only that service quality has a positive direct effect on patients satisfaction, which in turn influences behavioral intentions, but also that the organizational image plays a mediating role between service quality and satisfaction.

In general, this study appears to be important for managers in public health units, particularly in developing countries, insofar as it analyzes the applicability of an alternative instrument to assess perceived service quality and allows managers to understand how patients perceive quality as well as the different features that should be improved.

**Keywords:** Service quality, patient satisfaction, behavioral intention, health care service.

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

# Índice

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas .....	xv
Lista de Acrónimos .....	xvii
<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento teórico e desenvolvimento das hipóteses .....</b>	<b>5</b>
2.1. Importância da qualidade dos serviços no contexto das unidades de saúde .....	5
2.2. Cenário atual dos serviços de saúde de Cabo Verde .....	7
2.3. Qualidade em saúde.....	10
2.3.1. Conceito qualidade em saúde .....	10
2.3.2. A Medição da Qualidade: Escalas SERVQUAL, SERVPERF e PAKSERV .....	12
2.4. Satisfação dos Utentes.....	14
2.5. Intenções comportamentais .....	17
2.6. Relacionando Qualidade dos Serviços, Imagem organizacional, Satisfação e Intenções Comportamentais.....	18
<b>3. Metodologia .....</b>	<b>22</b>
3.1. Recolha de dados e perfil da amostra .....	22
3.2. Operacionalização e medida das variáveis .....	23
3.3. Tratamento estatístico .....	25
<b>4. Resultados.....</b>	<b>26</b>
4.1. Perfil da amostra .....	26
4.2. Pressupostos dos métodos de análise .....	26
4.3. Validação do modelo de medida .....	27
4.4. Validação do modelo estrutural.....	29
<b>5. Discussão dos resultados.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Conclusões, limitações e sugestões .....</b>	<b>36</b>
6.1. Conclusões .....	36
6.2. Limitações e sugestões para futuras investigações .....	37
<b>Bibliografia .....</b>	<b>39</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>48</b>

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo conceptual .....	21
Figura 2 - Modelo da Análise Fatorial Confirmatória .....	28
Figura 3 - Modelo estrutural com coeficientes estandardizadas .....	31

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Média, Desvio Padrão e <i>Alfa Cronbach</i> .....	24
Tabela 2 - Correlações entre variáveis latentes .....	25
Tabela 3 - Índices de ajuste do modelo AFC .....	29
Tabela 4 - Índices de ajuste do modelo .....	30
Tabela 5 - <i>Outputs</i> da aplicação do método <i>bootstrap</i> de reamostragem .....	32

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

## Lista de Acrónimos

AEE	Análise de Equações Estruturais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AMOS	Analysis of Moments Structures
CFI	Comparative Fit Index
GFI	Goddness of Fit Index
HAN	Hospital Dr. Agostinho Neto
HBS	Hospital Dr. Baptista de Sousa
IOM	Institute of Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCFI	Parsimony Comparative Fit Index
PGFI	Parsimony Goddness of Fit Index
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	Plano Nacional de Saúde
RMSEA	Root Mean Square Residual Error Appoximation
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
T	Tolerância
VIF	Variance Inflator Factor
WHO	World Health Organization

Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde

# 1. Introdução

Atualmente, com a globalização da economia e o cenário extremamente competitivo em que as organizações estão inseridas, a satisfação e a retenção dos utentes tornou-se um objetivo dominante das organizações. Neste contexto socioeconómico, a qualidade tem vindo a destacar-se como um determinante crítico de sucesso e sobrevivência de qualquer organização, constituindo deste modo uma forte preocupação na maioria dos sectores dos serviços, sendo uma questão ainda mais relevante no sector dos cuidados de saúde (Aliman & Mohamad, 2016; Park, Park, Kwon, Kang & Noh, 2016; Mendes & Fradique, 2014).

Nas unidades de saúde, a qualidade tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito de enorme importância na gestão das organizações destas, uma vez que, o conceito de qualidade aplica-se, de forma transversal, a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares), e à qualidade dos equipamentos e sua performance (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001, Neves, 2002).

Deste modo, a qualidade tem sido um tema presente nos debates políticos e nas estratégias políticas de saúde de muitos países, em que estes visam a centrar nas exigências de responsabilização perante a sociedade -*accountability*- nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança e no crescente interesse pela avaliação do grau de satisfação dos utilizadores e dos resultados obtidos (Pisco & Biscaia, 2001).

Apesar de ser um tema debatido em vários países, existe pouca avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e da sua variabilidade; contudo convém que as organizações disponham de um sistema de avaliação de forma a terem conhecimento da qualidade dos serviços prestados, uma vez, que segundo Faria & Mendes (2013), a qualidade tem vindo a acentuar-se de forma positiva ao longo dos anos e a satisfação das expectativas do cidadão enquanto utilizador de um determinado serviço corresponde cada vez mais a um indicador preponderante para esse resultado.

A avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de saúde, surge deste modo, como um fator significativo para a garantia da qualidade de serviço, visto que, para além dos utentes estarem a fornecer informações sobre o seu grau de satisfação e de qualidade percebida, estes têm a capacidade de ter uma participação ativa na construção do serviço de saúde, uma vez que a partir dos resultados das suas avaliações podem ser adotadas novas estratégias ou modificadas as existentes, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Pedro, Ferreira, & Mendes, 2010; Park et al., 2016).

Neste sentido tem-se notado a realização de vários projetos e estudos principalmente nos países desenvolvidos, para averiguar a qualidade apercebida e/ou satisfação do utente nas várias unidades de saúde (Faria & Mendes, 2013; Santos & Polónia, 2015), uma vez que a satisfação tem sido considerada uma espécie de determinante fundamental na manutenção do comportamento dos utentes a longo prazo (Amin & Nasharuddin, 2013). Para além disso alguns autores (e.g. Grönroos 1984, 1988; Faria & Mendes, 2013) realçam que uma boa qualidade dos serviços poderá gerar uma boa imagem institucional e por sua vez influenciar as expetativas dos consumidores.

De entre os serviços de saúde disponibilizado à população, destacam-se os serviços de urgência, cuja aferição de qualidade é, dadas as suas características, ainda mais árdua de conceptualizar e aferir dado que os instrumentos geralmente utilizados para avaliar a satisfação do paciente revelam-se ineficazes (Qin & Prybutok, 2012; Santos & Polónia, 2015).

Neste sentido, e devido à escassez de investigações sobre satisfação dos utentes nos serviços de urgência e à crescente procura destes serviços, é essencial compreender a perceção dos utentes face aos serviços de urgência e quais os fatores que influenciam a satisfação e retenção dos utentes. Assim sendo, a implementação de programas de melhoria, tendentes a um efetivo acréscimo da satisfação dos utentes nesta área, torna indispensável o conhecimento e compreensão dos aspetos dos serviços de urgência que determinem a satisfação (Trout, Magnusson & Hedges, 2000; Gholami, Kavosi, & khojastefar, 2016).

Face à notória necessidade de melhorar a qualidade do serviço de saúde, a adoção de práticas e sistemas de gestão da qualidade tem sido uma estratégia seguida em muitos países, principalmente pelos países industrializados donde podemos verificar uma riqueza de literatura que reflete o progresso no desenvolvimento de ferramentas para monitorar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, nos países em desenvolvimento deparamos com uma escassez de investigações realizadas nesta área, devido ao facto de este ter sido negligenciado durante muito tempo pelos decisores políticos e pelos gestores desses países que acreditavam que a avaliação e garantia de qualidade era um luxo confinado apenas aos países desenvolvidos (Reerink & Sauerborn, 1996; Zineldin, 2006).

Das investigações realizadas sobre esta temática nos países em desenvolvimento, alguns investigadores (e.g. Saunders, 2008; Kashif, Altaf, Ayub, Asif & Waslsh, 2014; Meesala & Paul, 2016) verificaram que as populares escalas de avaliação de qualidade de serviço SERVQUAL proposta por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) e SERVPERF proposta por Cronin & Taylor (1992) não se adaptam de todo à realidade desses países; ou seja, não são significativos nesses contextos culturais, o que não é um aspeto positivo visto que tal facto pode conduzir a resultados insatisfatórios e estratégias de marketing inadequadas nesses países e/ou contextos

culturais. Neste sentido, em alguns estudos realizados em países asiáticos Raajpoot (2004) desenvolveu a escala PAKSERV, por ser mais apropriada para culturas mais sensíveis bem como para países em desenvolvimento.

Em África, são raros os estudos publicados que avaliam a qualidade dos serviços de saúde tendo em conta a perspetiva dos utentes. De facto, Heiby (2014) afirma que apesar de as deficiências graves de qualidade serem comuns em sistemas de saúde da região, verifica-se que as respostas às questões da qualidade foi muito tempo dominada por sistemas de formação e de supervisão clínica. Estas abordagens têm demonstrado impacto limitado sobre a qualidade em avaliações recentes. Mas cada vez mais, especialistas em saúde pública estão apontando para um fator mais sutil em problemas de saúde na África subsariana. Neste contexto, tem se notado uma rápida expansão de políticas, estratégias e unidades organizacionais em África, com foco na melhoria da qualidade nos serviços de saúde (Heiby, 2014).

Deste modo torna-se extremamente importante a realização de mais estudos centrados no contexto dos países africanos, no sentido de permitir um melhor conhecimento da realidade e permitir o surgimento de linhas orientadoras capazes de auxiliar os responsáveis das instituições de saúde na prossecução de uma gestão sustentável.

A par da importância da qualidade em saúde, o Governo de Cabo Verde, no seu Programa para VIII legislatura, elegeu a Qualidade da Gestão, a Assistência Hospitalar e a Humanização como eixos prioritários em termos de políticas de saúde. Assim, o Ministério da Saúde, na materialização dessas políticas, tem prosseguido com medidas que visam o incremento da qualidade na prestação de cuidados através de reforço e promoção de processos de gestão hospitalar, cada vez mais eficientes, tendo como alvo a satisfação das necessidades dos utentes. Para o efeito, começou em 2012 a implementar o Sistema da Gestão da Qualidade-ISO 9001, de modo a atender aos critérios internacionais da qualidade (HAN, 2017).

Perante este enquadramento, pretende-se, com este estudo, analisar, no contexto de Cabo Verde, a influência da qualidade percebida dos serviços de urgência em hospitais públicos, na satisfação e intenções comportamentais dos utentes, assim como o papel da imagem institucional nessa relação.

Mais especificamente, este estudo pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

- A escala PAKSERV pode ser aplicada no contexto dos serviços de urgência em hospitais públicos Africanos, e em particular no contexto específico de Cabo Verde?
- A qualidade dos serviços de urgência dos hospitais públicos em Cabo Verde influencia de forma significativa a satisfação dos utentes e as suas intenções comportamentais?
- A imagem dos hospitais Cabo-Verdianos tem um papel mediador na relação entre a qualidade apercebida e a satisfação do utente?

Neste sentido, esta investigação afigura-se significativa, na medida em que tenta atenuar as lacunas reportadas anteriormente, examinando a relação entre qualidade dos serviços, satisfação e intenções comportamentais dos utentes nos serviços de urgência dos hospitais públicos de Cabo Verde, atendendo à escassez de investigação nesta matéria no contexto de serviço de urgências.

A parte empírica desta investigação foi conduzida através da análise de equações estruturais (AEE), recorrendo-se para o efeito aos *softwares* IBM SPSS Statistics (v. 24.0) e AMOS (v. 24.0).

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário aplicado aos utentes dos serviços de urgência de dois hospitais públicos de Cabo Verde, no período compreendido entre junho e julho de 2017.

O atual trabalho está dividido em sete capítulos. O primeiro corresponde à descrição da introdução. No capítulo II apresenta-se o enquadramento teórico acompanhado da revisão que foi efetuada na literatura e o desenvolvimento das hipóteses. No capítulo III apresenta-se a metodologia referente ao estudo empírico. O capítulo IV corresponde à apresentação dos resultados. No capítulo V apresenta-se a discussão dos resultados do trabalho de campo. No capítulo VI, apresentam-se as conclusões, as limitações e as propostas para estudos futuros. E por último no capítulo VII é apresentada a bibliografia usada.

## 2. Enquadramento teórico e desenvolvimento das hipóteses

### 2.1. Importância da qualidade dos serviços no contexto das unidades de saúde

A qualidade do serviço tornou-se um grande diferenciador e a arma mais poderosa que uma organização de serviços pode possuir. Como resultado de uma crescente competição e aumento das expectativas dos clientes, torna-se imperativo para as organizações ter a qualidade do serviço em mente e como princípio de atuação, uma vez que esta foi identificada como um fator chave para a construção de uma vantagem competitiva no sector dos serviços.

Nas indústrias altamente competitivas, a entrega de um serviço de valor superior é um pré-requisito de sobrevivência e manter a qualidade alta é um passo para o sucesso (Parasuraman et al., 1985, 1988).

O sucesso da organização está inerentemente ligado à sua habilidade em, não só identificar e responder às necessidades dos clientes, mas também em influenciar o que é percebido como qualidade de serviço pelo mercado alvo. Assim, ir ao encontro das expectativas dos clientes e satisfazer as suas necessidades são elementos importantes nos esforços da organização para reter os clientes e ganhar vantagem competitiva em relação aos concorrentes (Parasuraman et al., 1988).

Neste contexto e com um mercado atual orientado para o cliente, sente-se cada vez mais que é a qualidade que acabará por decidir o valor de um serviço prestado, daí esta ter sido adotada por todos como uma meta a ser atingida (Ramanujam, 2011; Mendes & Fradique, 2014). No entanto, os serviços de cuidados de saúde têm uma posição única, entre outros serviços, devido à sua própria natureza de riscos altamente envolvidos (Rashid & Jusoff, 2008).

De facto, muita pressão tem sido exercida nas organizações de saúde para melhorarem a sua eficiência e qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Sousa, 2006). Contudo, o setor de cuidados de saúde tem que lidar com alterações demográficas e envelhecimento da população, com a crescente complexidade dos cuidados de saúde, com o surgimento de novos tratamentos e tecnologias, com o aumento das expectativas dos utentes e com os problemas associados ao financiamento, que condicionam, não só o presente, mas sobretudo a sua sustentabilidade (Zineldin, 2006; Sousa, Pinto, Costa & Uva, 2008).

Estes desafios têm sido um incentivo à maior atenção pela qualidade em saúde e sua avaliação por parte dos gestores e responsáveis dos serviços de saúde públicos e privados (Rashid & Jusoff, 2008; Sousa et. al, 2008; Raposo, Alves & Duarte, 2009; Mendes & Fradique, 2014). No entanto, o problema simultâneo do controlo de custos e da pressão para aumentar a qualidade da prestação de cuidados tem criado um desentendimento e incompreensão dos custos e potenciais compensações dessa aposta na qualidade (Carey & Stefos, 2011). Sendo reconhecido que a qualidade dos cuidados de saúde e a sua melhoria contínua depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados os serviços, a introdução de políticas e estratégias de melhoria da qualidade nos serviços de saúde poderá garantir a melhoria dos processos e a reestruturação dos serviços, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos e níveis elevados de qualidade e segurança necessários sobretudo atualmente, em que têm sido levantadas estas questões, pois “erros, enganos e má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização, mas na saúde são muitas vezes devastadores” (Sale, 1998).

Nos Estados Unidos de América, segundo o *Institute of Medicine* [IOM] (2000), um número significativo de utentes morria nos hospitais como resultado de erros preveníveis. Desde então, esses resultados despoletaram uma sensibilização generalizada para com a segurança dos utentes que se refletiu num conjunto de ações, entre as quais a aprovação de leis, que se expandiram pelo mundo para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Carey & Stefos, 2011; IOM, 2001).

A falta de qualidade e segurança nas organizações de saúde levantam algumas questões importantes. A ocorrência de eventos adversos, seja por erro médico ou por outras razões, não só causa danos aos utentes como também tem consequências sociais e financeiras significativas. Estas situações podem levar a um aumento dos custos incorridos da maior utilização de recursos para reverter os danos causados ao utente, podendo incluir mais dias de internamento, mais exames, tratamentos ou medicação. Além dos custos, pode haver a perda de confiança nas organizações e nos seus profissionais com consequente degradação das relações entre estes e os utentes (Sousa, 2006).

Assim para o fortalecimento da cultura da qualidade, tem-se notado avanços relevantes que assentam na padronização dos processos de trabalho, por meio de práticas de acreditação e certificação de serviços e unidades (Sousa, 2006), que têm como objetivo reconhecer oficialmente a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, afirmando-se assim cada vez mais como um instrumento importante para a promoção e garantia da qualidade (Faria & Mendes, 2013); “Já não basta o fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (Pisco & Biscaia, 2001).

Neste contexto e principalmente pela pressão da sociedade, é de extrema importância avaliar a qualidade dos cuidados de saúde para tornar visível o que se passa dentro de uma organização, do nível de qualidade em que está a operar, e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho. Assim sendo, Bitner (1990), entre muitos outros, salientou a necessidade da avaliação da qualidade do serviço a partir da perspectiva do cliente; de facto, tradicionalmente, os gestores têm avaliado a qualidade em termos de eficiência, negligenciando a perspectiva do cliente, embora extremamente importante, pois a qualidade do serviço é um fator determinante na intenção comportamental dos consumidores (Qin, 2009).

A qualidade percebida é a única variável que influencia a percepção de valor dos clientes. Estas percepções de valor, por sua vez, afetam as intenções de compra de produtos ou serviços por parte dos consumidores. A natureza intangível dos serviços dita que, ao contrário dos produtos, a maioria dos serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Esta característica aumenta a importância da relação prestador-consumidor bem como a variação potencial da Qualidade de Serviço.

Tudo isto reflete a extrema importância da qualidade dos serviços no contexto das unidades de saúde para tornar estas mais sustentáveis e seguras, motivando assim os seus profissionais a darem o seu melhor com o intuito de protegerem os seus utentes quando estes se encontram num momento vulnerável. Nesse sentido, é muito importante que se estabeleça uma cultura de autoavaliação e de procura constante da melhoria dos processos, valorizando as sugestões e ideias, mas também as críticas, dos profissionais e utentes, como forma de reconhecer que a qualidade é uma responsabilidade de todos.

## **2.2. Cenário atual dos serviços de saúde de Cabo Verde**

Os sistemas de saúde, independentemente de países ou sociedades, têm como objetivo principal melhorar o estado de saúde da população, devendo, para o efeito, colocar à disposição dos cidadãos, serviços adequados. Neste sentido, a prestação de serviços é de responsabilidade dos sistemas de saúde, resultando de uma articulação entre os recursos financeiros, humanos, materiais e medicamentos, visando ser eficiente, eficaz e efetivo (Furtado, 2008).

Desempenhando um grande papel no desenvolvimento de Cabo Verde, o setor da saúde, é responsável pelo bem-estar, físico e mental da população, pela proteção e promoção de saúde, garantia da universalidade de acesso aos serviços em todos níveis, defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços nacionais.

De uma forma sucinta, a evolução do sistema de saúde de Cabo Verde é caracterizada por três fases distintas, ou seja, a fase colonial portuguesa de 1460 a 1975, fase pós-independência e de regime de partido único ou monolítico em que o sistema era completamente estatizado e

público (1975-1990) e por último um sistema de saúde misto (libertação do exercício privado de medicina) (Delgado, 2009; Dias, 2010).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde conseguiu avanços significativos nos 30 anos de independência do país, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano, graças à criação de infraestruturas, à formação de quadros, à organização de serviços, à disponibilização criteriosa de recursos e a uma legislação que suporta a institucionalização do sistema de saúde (PNS, 2007).

A evolução positiva dos indicadores no sistema de saúde faz com que o país se posicione nos três melhores da África, com uma despesa *per capita* na saúde reduzida em relação a outros países do continente, nomeadamente Botswana e Gabão, com uma eficácia relativa no sistema, já que a esperança média de vida em Cabo Verde é superior a esses países (Jiménez, 2013).

O progresso dos indicadores de saúde aponta que Cabo Verde se encontra num estágio de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência duma incidência significativa de característica do país pouco desenvolvido; atualmente o país representa novos desafios para o SNS, tendo em conta a ocorrência crescente de doenças degenerativas tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do aparelho circulatório, os traumatismos por acidentes de viação, entre as principais causas de mortalidade (PNDS, 2012).

Em termos de instituições prestadoras de cuidados, o SNS possui dois hospitais centrais, três hospitais regionais, uma policlínica, trinta centros de saúde, cinco centros de saúde reprodutiva, dois centros de saúde mental, trinta e quatro postos sanitários, e cento e treze unidades sanitárias de base. Relativamente ao sector privado que constitui um dos elementos importantes do SNS e que desenvolveu essencialmente na Praia e no Mindelo, conta com o licenciamento de trinta e três farmácias, seis postos de venda de medicamentos, sessenta e sete consultórios médicos, quarenta e sete consultórios de estomatologia/odontologia, dezasseis laboratórios de análises clínicas, sete centros de fisioterapia e cinco postos de enfermagem (PNS, 2007).

Ainda na análise do SNS podemos destacar alguns dos problemas que afetam e constituem os desafios à modernização do SNS de Cabo verde: *i*) a ainda deficitária qualidade de prestação de cuidados em atenção primária particularmente, aos adolescentes, jovens, homens, pessoas com deficiência assim como na perspetiva da abordagem do género; *ii*) a população da Praia e de Mindelo, cerca de um quarto da do país, não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respetivo. *iii*) os gastos exagerados, a prescrição nem sempre criteriosa e as frequentes ruturas de stocks de medicamentos, a maioria das quais dispensada gratuitamente nos estabelecimentos público de saúde; *iv*) a falta de confiança de uma franja da população em certas instituições de saúde, em parte pelo atendimento inadequado dos utentes por alguns profissionais da saúde; *v*) o subsistema de informação sanitária, com ainda fraca contribuição

para gestão operacional do SNS; *Vi*) o efetivo dos recursos humanos é dominado por médicos e enfermeiros gerais, com uma grande carência, particularmente em profissionais especializados nos diversos domínios, incluindo em saúde pública e gestão da saúde; *vii*) o comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema pela insuficiência dos recursos e fraca participação dos utentes (PNDS, 2012).

De salientar que o condicionamento do desenvolvimento do SNS vai além dos problemas referidos anteriormente, no qual podemos destacar problemas relacionados com: *i*) **fatores políticos**: deficiências na coordenação e colaboração intersectoriais e no financiamento do sector têm entravado a execução de programas de desenvolvimento, em geral, e de programas de saúde em particular; *ii*) **fatores socioeconómicos**: na medida em que Cabo Verde é um país pobre em recursos naturais; essa a carência de recursos naturais ocupa um lugar importante entre os fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde, tendo em conta as suas múltiplas causas e manifestações ligadas à alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, rendimento, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. *iii*) **fatores geográficos**: o facto de Cabo Verde ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do SNS e das respostas aos problemas do sector, acarretando custos extremamente elevados, isolando populações; a dispersão da população em localidades remotas e de difícil acesso interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Por outro, para um melhor funcionamento, o SNS exige a existência de boas estradas e de meios de transportes aéreos e marítimos regulares e economicamente acessíveis à maioria das populações, como elementos fundamentais para o acesso às instituições de saúde e a evacuação rápida e segura de pacientes (PNS, 2007).

Nesse sentido, o constante processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde é notável, tendo em conta os vários problemas descritos anteriormente.

O sentido dessa reforma é reorientar o setor para que este vença as dificuldades atuais e continue a ser um instrumento do desenvolvimento de Cabo Verde. Entre outros objetivos, a reforma do sector da saúde, pretende promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorar a gestão de recursos humanos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento. Deste modo, o objetivo major da reforma é ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes (PNS, 2007; Jiménez, 2013).

Finalizando, o sistema de saúde de Cabo Verde sofreu grandes alterações que contribuíram para sua evolução. Ambiciona-se que, futuramente, o sector de saúde possa contribuir para o desenvolvimento nacional, harmonioso e equitativo através do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 (PNDS) criado pelo Ministro da Saúde e Instituto Nacional de Previdência Social, em conformidade com as orientações do programa do governo (Jiménez, 2013).

## 2.3. Qualidade em saúde

### 2.3.1. Conceito qualidade em saúde

Segundo a Associação de Bibliotecas do Reino Unido a qualidade é “fácil de reconhecer... difícil de definir” (Library Association, 1994). De facto, a qualidade não é entendida por todos do mesmo modo, assumindo assim diferentes definições por parte de diversos autores, o que acaba por tornar este num conceito subjetivo. As diferentes interpretações resultam de uma sociedade em constante evolução procurando adaptar o conceito de qualidade, conceito este que despontou após a primeira guerra mundial, no contexto industrial, às especificidades de outros sectores, como o da saúde (Pisco & Biscaia, 2001). Contudo, a qualidade é conhecida universalmente como algo que afeta positivamente a vida das organizações e a vida de cada um de nós (Gomes, 2004).

Ao falarmos de qualidade em serviços de saúde, temos de ter em conta que estamos a falar de “qualidade” e de “serviços de saúde”, uma vez que o conceito de qualidade pode ser aplicado em muitos âmbitos; porém as particularidades que os serviços de saúde apresentam tornam este conceito também particular para o serviço de saúde. Neste sentido, segundo Ferreira (1991), para uma melhor compreensão do conceito de qualidade de cuidados de saúde é necessário primeiramente abordar os conceitos “saúde” e “cuidados de saúde”. Desta forma, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” e por sua vez o cuidado de saúde é definido “como um serviço abrangente fornecido com o objetivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicas das pessoas”.

Face a essas definições, segundo Donabedian (1980) a qualidade em cuidados de saúde consiste em maximizar a avaliação que inclui o bem-estar dos doentes, após considerado o balanço entre perdas e ganhos previstos que fazem parte do processo de cuidados em todas as suas componentes. De acordo com Donabedian (1988), existem três elementos relacionados entre si que devem fazer parte da avaliação da qualidade na área da saúde: *i*) a **estrutura**, que respeita às características do ambiente que envolve o local onde o serviço é prestado; *ii*) o **processo**, referente às ações executadas para receber e prestar cuidados de saúde; *iii*) o **resultado**, que expressa os efeitos do cuidado no estado da saúde do utente.

Por outro lado, a qualidade dos cuidados de saúde está diretamente relacionada com os objetivos propostos para cada população de acordo com as suas condições económicas e o seu grau de desenvolvimento e segundo Imperatori (1999) a qualidade é o que o cliente quer e como ele julga. É um conceito sistemático de busca de excelência. A qualidade de um mesmo

produto/serviço pode ser diferente para diferentes clientes e pode ser diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições.

Para Palmer (1983) a qualidade em saúde é um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos. Este autor introduz aqui um novo fator importante para a definição de qualidade e que é a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhe são prestados.

Segundo a OMS a qualidade dos cuidados de saúde traduz-se num elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006). Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006).

A definição até hoje mais aceite é a do IOM que considera a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente” (IOM, 2000). Este conceito concentra a ideia mais global de qualidade em saúde que envolve a relação direta entre prestadores e doentes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe.

A qualidade nos serviços de saúde apresenta algumas características distintas dos outros setores. No ponto de vista de Pisco & Biscaia (2001), para se atingir a qualidade nos serviços de saúde, não se deverá responder à procura de cuidados oferecendo mais serviços, mas sim satisfazendo e diminuindo as necessidades dos utentes de recorrer aos serviços de saúde.

É importante realçar, que o conceito de qualidade nos serviços de saúde varia conforme o ponto de vista do interveniente. Para os utentes, qualidade pode ser resumida em acessibilidade, aspetos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde. Nos profissionais de saúde, a qualidade visa o atendimento de uma forma competente, segura e eficaz com o intuito de contribuir para o bem-estar do utente. Os gestores focam outros elementos, nomeadamente aspetos de eficiência, rentabilização de investimentos e a obtenção dos resultados desejados (Pisco & Biscals, 2001). Estas três perspetivas, quando integradas, contemplam uma visão global da qualidade de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos.

Neste contexto, Donabedian (1980) define sete atributos que caracterizam a complexidade da qualidade nos cuidados de saúde sendo eles a eficiência; a eficácia; a efetividade; a aceitabilidade; a legitimidade; a otimização e a equidade.

Em 1983, Palmer enumerou os seguintes atributos: eficácia, eficiência, competência, acessibilidade e aceitabilidade. Por sua vez, o IOM dos EUA atribui seis dimensões para a qualidade do cuidado de saúde: seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo.

Em síntese, a qualidade é talvez o conceito mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um valor sentido e reconhecido por todos, apesar de definido de formas diferentes, dependendo da percepção dos indivíduos em relação aos mesmos produtos ou serviços e das suas necessidades, experiências e expectativas em determinado momento.

### 2.3.2. A Medição da Qualidade: Escalas SERVQUAL, SERVPERF e PAKSERV

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde vem assumindo extrema importância, não só para entidades prestadoras dos serviços de saúde, mas também para as instâncias governamentais, uma vez que se têm verificado gastos elevados face aos recursos disponíveis.

Para além disso, os utentes são cada vez mais exigentes e têm expectativas cada vez mais elevadas; deste modo, é fundamental, que as instituições de saúde tenham flexibilidade para poder fazer face as necessidades dos utentes bem como obter prestígios e ganhos económicos.

A procura pela excelência originou o desenvolvimento de vários modelos de avaliação da qualidade nos serviços, dentro das quais podemos destacar a escala SERVQUAL, que foi desenvolvido por Parasuraman et al. (1985), os quais sugeriram que a medição da qualidade de um serviço fosse feita por meio da diferença entre a sua expectativa e a qualidade obtida. A escala SERVQUAL é constituída por vinte e dois itens, que derivam de cinco dimensões: aspetos tangíveis, confiabilidade, conformidade, garantia e empatia (Parasuraman et al., 1988; Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990). A primeira dimensão incluía os aspetos físicos relativos às instalações, equipamentos, materiais e aparência dos profissionais. A confiabilidade inclui aspetos ligados à prestação de serviço. A conformidade engloba o tempo, rapidez e pontualidade do serviço e de quem presta. No que respeita à garantia inclui aspetos de confiança, consistência e previsibilidade, como por exemplo o caso de transmissão de confiança pelos profissionais, cortesia e conhecimentos demonstrados também pelos mesmos. Por fim, a empatia relaciona-se com aspetos relacionais (Vilhares & Coelho, 2005; Sais, 2007).

A aplicação da escala SERVQUAL tem sido muito variada, tanto no tipo de serviços, como em diversos países, existindo uma larga aceitação da escala entre os investigadores. No entanto, não apresenta uma fácil aplicabilidade no dia-a-dia, nem para os gestores, nem para investigadores, em virtude de ser necessário dois momentos de recolha de dados tornando o processo moroso e dispendioso (Sais, 2007).

Da revisão de literatura é possível verificar várias críticas que surge à escala SERVQUAL nomeadamente Cronin & Taylor (1992) que defendem que a avaliação da qualidade de serviço depende somente da avaliação da perceção do serviço prestado, não existindo a necessidade da avaliação das expectativas. Os mesmos autores sugerem ainda que a qualidade do serviço é antecedente da satisfação opostamente à direção definida por Parasuraman et al. (1985, 1988).

Posteriormente, Buttle (1996) questiona a validade desta escala, uma vez que a intangibilidade de um serviço é demasiado específica para resumir às cinco dimensões desta escala; para além disso, o mesmo autor afirma que esta escala não mede as dimensões específicas de cada ramo de atividade de um serviço.

Apesar de muitos autores considerarem que esta escala é aplicável em todos os tipos de serviços, Santos & Polónia (2015) partilham da ideia de que esta, necessita de alterações como eliminar ou acrescentar dimensões, para que este possa ser aplicado na área de saúde. Face a isso, Kashif et al. (2014) sugerem que sejam incluídos itens como economia, segurança, desempenho, convivência, estética e confiabilidade para uma melhor avaliação de qualidade no contexto de saúde. Para além disso, Santos & Polónia (2015) afirmam que as dimensões avaliadas pelo SERVQUAL podem variar de acordo com o serviço de saúde prestado e é inadequado efetuar a diferença entre as perceções e as expectativas para avaliar a qualidade do serviço em contexto da saúde, uma vez que a maioria dos pacientes não tem expectativas relativamente aos serviços de saúde antes de recorrerem aos mesmos.

Face às críticas de muitos investigadores, como uma alternativa à escala SERVQUAL, Cronin & Taylor (1992) desenvolveram a escala SERVPERF, composta pelas mesmas dimensões do SERVQUAL; contudo a escala apenas considera as perceções dos pacientes para avaliar a qualidade nos serviços. Deste modo, os autores defendem que as perceções dos pacientes permitem uma melhor avaliação da qualidade percebida dos serviços, desvalorizando assim as expectativas inicialmente criadas.

Em comparação com a escala SERVQUAL, de acordo com Salomi, Miguel & Abackerli (2005), a escala SERVPERF é de mais fácil utilização devido à redução das questões, acabando por facilitar a investigação, promovendo assim a motivação de quem é entrevistado, e tendo mais capacidade para diagnosticar as áreas de gestão e intervenções em caso de possíveis falhas de qualidade de serviço (Jain & Gupta, 2004). No entanto, Santos & Polónia (2015) afirmam que

as duas escalas mencionadas anteriormente agregam algumas medidas gerais que não permitem uma adequada avaliação das dimensões consideradas importantes pelos pacientes nos serviços de saúde.

Além disso, face às limitações das escalas referidas anteriormente, e principalmente por razões culturais, Raajpoot (2004) desenvolveu uma escala culturalmente sensível para medir a qualidade de serviço: escala PAKSERV. Esta escala foi desenvolvida num contexto paquistanês que consistia em seis dimensões constituída por vinte e quatro itens. A escala PAKSERV manteve três das dimensões da escala SERVQUAL (tangibilidade, confiabilidade e garantia), substituindo as restantes com a introdução de três novas dimensões: *i) Sinceridade*: na medida em que os funcionários parecem ansiosos para fornecer o serviço ao cliente através da avaliação do cliente; *ii) Formalidade*: avalia como os profissionais prestaram serviços aos clientes, mantendo os rituais e as diferenças sociais; *iii) Personalização*: avaliação do cliente em termos de atenção de nível individual (Raajpoot, 2004).

Segundo Raajpoot, (2004), o desenvolvimento da escala PAKSERV baseou-se em três pressuposto: *i) Pessoas de culturas diferentes interpretam a “qualidade de serviço” e seus itens de forma diferente; ii) As expectativas dos clientes variam de acordo o contexto cultural e pode haver mais ou menos tolerância em relação ao tempo que demora um serviço a ser prestado; iii) Os clientes dão importância apenas a um subconjunto de dimensões de serviços em vez de todas as dimensões utilizadas no modelo.*

Inicialmente a escala PAKSERV foi desenvolvido para ser aplicada em organizações privadas e apenas num contexto paquistanês, contudo já existem estudos com aplicação desta em organizações públicas, mais propriamente nos serviços hospitalares públicos de Paquistão, e inclusivamente em contexto cultural africano como é o caso da “África do Sul” (Raajpoot, 2004; Saunders, 2008). Os estudos realizados até agora, têm contribuído cada vez mais para a validação da escala PAKSERV e os autores destas investigações acreditam que esta deve ser encarada como uma escala genérica da medida que pode ser usada através de uma variedade de países e contextos culturais (Saunders, 2008; Kashif et al., 2014).

## **2.4. Satisfação dos Utentes**

A qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde deve ser avaliada tendo em conta a perspectiva dos utentes, uma vez que estes são cada vez mais parceiros nos cuidados de saúde e nas tomadas de decisão (WHO, 2000). A participação dos utentes na implementação de melhorias dos serviços de saúde é essencial, pois são eles os destinatários das mesmas e são eles que sentem os problemas e necessidades e, conseqüentemente são quem melhor pode auxiliar a encontrar soluções adequadas (Pisco, 2001).

Neste contexto, a satisfação dos utentes constitui uma parte integral das estratégias dos profissionais de saúde (Qin, 2009), afirmando-se assim se desde há vários anos, como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Franco & Florentim, 2006); ou seja, o utente é uma fonte de informação de carácter gratuito e espontâneo, que não pode ser desvalorizada, o que obriga as organizações de saúde a aprenderem a analisar e retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

A satisfação dos utentes não é apenas um objetivo intrinsecamente digno das organizações prestadores de cuidados de saúde, mas também usufrui de influências importantes sobre a retenção dos utentes e da capacidade financeira dos hospitais (Boudreaux & O’Hea, 2004; Raposo et al., 2009). Os utentes com maior nível de satisfação são mais propensos a cumprir os conselhos médicos e recomendar os cuidados de saúde recebidos a terceiros (Boudreaux & O’Hea, 2004).

Neste sentido, Qin (2009) apresenta três razões para medir a satisfação dos utentes: *i*) a satisfação do utente é o resultado final dos cuidados de saúde; *ii*) a satisfação do utente fornece informações úteis sobre a estrutura, processo e resultado dos cuidados de saúde; *iii*) utentes satisfeitos e insatisfeitos comportam-se de forma diferente.

Tendo em consideração o contexto atrás resumido, é notável que a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde esteja ligada diretamente à satisfação dos utentes, sendo por vezes ambas utilizadas como sinónimos; contudo apesar de terem alguma coisa em comum, autores como Zeithaml & Bitner (2003) e Vinagre & Neves (2008) confirmam que a satisfação e qualidade são fundamentalmente diferentes quanto à sua causa e ao que produzem com resultados.

A satisfação corresponde a um estado psicológico resultante da desconfirmação positiva das expectativas (Parasuraman et al., 1985) e diz respeito a uma transação específica, em que esta é avaliada com base nas experiências de um cliente num serviço específico, enquanto que qualidade apercebida é uma atitude, ou julgamento global, relativo a padrões de desempenho, que envolve várias dimensões do serviço (Oliver, 1980; Parasuraman et al., 1985; Oliver & DeSarbo, 1988). Ao contrario da satisfação do cliente, a avaliação da qualidade de um serviço apercebida não se baseia necessariamente na experiência (Cronin & Taylor, 1994); deste modo a qualidade apercebida transmite um efeito mais durador que a satisfação.

A noção de satisfação, numa perspetiva teórica, refere-se às diversas reações que o utente tem no que respeita à experiência dos cuidados de saúde. É um termo complicado de definir, uma vez que, se envolve de um espírito subjetivo, pois tenciona alcançar a ótica do utente no que concerne aos cuidados de saúde prestados (Oliver, 1980; Rust & Oliver 1994; Fortuna, Amado, Mota, Lima & Pinto, 2001; Pereira et al., 2001).

Segundo Oliver (1980), um dos pioneiros na definição e abordagem da satisfação, a satisfação do cliente com o serviço experimentado está relacionada com a comparação entre as expectativas do serviço e as percepções efetivas desse mesmo serviço. Segundo o mesmo autor, a satisfação é a chave responsável pela mudança da atitude por parte do consumidor. Um cliente ao dirigir-se a um determinado serviço apresenta uma ideia prévia daquilo que será a qualidade da sua prestação, ou seja, existe uma expectativa em relação ao mesmo (Batista, 2010).

Nesta linha de pensamento, Oliver (1980) propõe um modelo que expressa a satisfação do consumidor como função das expectativas e da infirmação dessas expectativas. Assim, quando as expectativas e desempenho são iguais, aquele confirma positivamente as suas expectativas; quando o desempenho é superior à expectativa, ocorre a chamada infirmação positiva; se por outro lado o desempenho for inferior à expectativa, então dá-se a infirmação negativa (Oliver, 1980).

Deste modo, os níveis de satisfação são função das expectativas e da infirmação, e as expectativas fornecem um modelo de comparação para o desempenho do produto/serviço. Este modelo prevê assim, que os sentimentos de satisfação ocorrem quando os consumidores comparam as suas percepções do desempenho de um produto/serviço às suas expectativas (Oliver, 1980; Parasuraman et al., 1985; Spreng, Mackenzie & Olshavsky, 1996).

Apesar da qualidade apercebida nos serviços de cuidados de saúde ser de extrema importância na satisfação dos utentes, vários autores acreditam que esta pode resultar de outros aspetos para além da qualidade apercebida, podendo esta ser influenciada por causas de origem cognitiva e afetiva (Rust & Oliver, 1994; Raposo et al., 2009; Vinagre & Neves, 2008; Faria & Mendes, 2013).

Neste contexto, destaca-se a imagem institucional que, segundo vários investigadores, esta tem vindo a afirmar-se como um dos fatores importantes para a avaliação da satisfação do consumidor (Qin & Prybutok, 2012; Faria & Mendes, 2013; Sener, 2014; Hamid, Ibrahim, Seesy & Hasaballah, 2015).

Segundo Andreassen & Lindestad (1998), a imagem é estabelecida e desenvolvida na mente do consumidor através da comunicação e experiência. A imagem corporativa é um dos determinantes na escolha da empresa pelo consumidor quando os atributos do serviço são difíceis de avaliar e, se o serviço retribuído ao cliente é satisfatório do seu ponto de vista, as atitudes e intenções serão favoráveis para a empresa. Desta forma, a imagem desempenha uma relação positiva e significativa sobre a satisfação.

## 2.5. Intenções comportamentais

O *outcome* dos utentes nos serviços de saúde pode variar de acordo o tipo de serviço prestado (Qin, 2009), tornando-se assim necessário entender melhor os determinantes que influenciam as intenções comportamentais dos utentes, uma vez que este traduz-se em sinais da continuação ou término da relação entre o consumidor e o prestador do serviço, servindo como uma espécie de indicador da rentabilidade futura para as organizações prestadoras de serviços e um indicador importante para comportamentos futuros dos consumidores (Woodside, Frey & Daly, 1989; Boudreaux & O’Hea, 2004; Raposo et al., 2009; Kondasani & Panda, 2016).

Neste sentido, as intenções comportamentais são, atualmente, reconhecidas como uma importante estratégia para o sucesso de qualquer organização. Contudo, a intenção comportamental é um construto complexo.

A intenção comportamental foi pouco elucidada pela literatura de marketing (Oliver, 1999) e ainda hoje existe escassez de teorias sobre a intenção de compra do consumidor (Söderlund & Öhman, 2005). Contudo, sabe-se que este encontra-se profundamente enraizado em campos psicológicos e comportamentais de ações consciente, sendo definida como “comportamentos potenciais dos consumidores” (Mahapatra, 2015; Kondasani & Panda, 2016; Wu, Li & Li, 2016; Rajbhandari, 2017).

Nessa perspetiva, Solomon (2002) afirma que o comportamento são processos que se desenvolvem quando um indivíduo compra, usa ou dispõe de produtos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer as suas necessidades, acrescentando ainda que, quando um produto, serviço ou ideia consegue satisfazer as necessidades, a empresa prestadora desse serviço, poderá ser recompensada com a lealdade dos clientes, um elo que normalmente é muito difícil de quebrar. Neste sentido, a lealdade é considerada uma atitude e um conceito comportamental, uma vez que indica a intenção do utente para se associar a determinados serviços e recomendar esses serviços a terceiros (Santos & Polónia, 2015).

Zeithmal, Berry & Parasuraman (1996) desenvolveram um modelo envolvendo quatro intenções do comportamento que o cliente pode tomar: *i*) intenção de recompra; *ii*) comunicação de boca-a-boca; *iii*) sensibilidade ao preço; *iv*) comportamento de queixa.

Segundo os mesmos autores, estes podem ser comportamentos favoráveis na medida em que os consumidores expressam a sua preferência por uma empresa em detrimento de outras aumentam o volume das suas compras, não se importando de pagar um preço mais elevado. Com este tipo de comportamento, os clientes estão a demonstrar que possuem um elo de ligação forte com a empresa. Neste sentido os comportamentos favoráveis resumem-se em comentários positivos, recomendação, lealdade e menos sensibilidade ao preço, não se importando de pagar preços elevados. Entretanto, os consumidores podem apresentar comportamentos

desfavoráveis resultando em queixas a amigos ou entidades externas, troca de prestador de serviço ou enunciar comentários negativos caso houver uma falha de serviço e consequentemente a sua insatisfação. De facto, segundo Singh (1988) e Zeithaml et al. (1996) estudos de mercado têm demonstrado que os consumidores insatisfeitos com um serviço divulgam as suas experiências a mais do que três pessoas.

Contrariar esta má publicidade, e assim possibilitar que os consumidores satisfeitos sejam a melhor base de captação de novos consumidores, é essencial no sucesso do sector. Um boca-a-boca positivo pode ser uma ferramenta muito poderosa para atrair novos consumidores. Um boca-a-boca negativo pode ter um impacto devastador na credibilidade e na eficácia dos esforços de uma organização para atrair novos consumidores. Deste modo, o sucesso em reter uma base firme de clientes fiéis, juntamente com a atração de novos clientes através da promoção boca-a-boca, requer um comprometimento sustentável com a qualidade do serviço (Zeithaml et al., 1996; Kondasani & Panda, 2016; Wu et al., 2016).

## **2.6. Relacionando Qualidade dos Serviços, Imagem organizacional, Satisfação e Intenções Comportamentais**

Pelo seu crescimento significativo, o sector dos serviços transformou-se no pilar da economia de vários países. Um dos aspetos diferenciadores dos serviços (relativamente à concorrência) reside na qualidade, sendo imperativo as organizações apostarem na sua melhoria e consequentemente manterem-se no mercado. Dada a importância da qualidade do serviço, várias investigações têm sido realizadas, com a preocupação de a conceptualizar e de a medir. Todavia, não tem sido uma tarefa fácil, devido às características específicas dos serviços (intangibilidade, heterogeneidade, simultaneidade de produção e consumo e perecibilidade).

Neste contexto e nomeadamente no que diz respeito às unidades de saúde, a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes têm suscitado o interesse de muitos investigadores em diversos contextos, principalmente no que toca à sua potencial influência nas atitudes e comportamentos dos utentes.

Tratando-se de um fator tão importante que pode torna-se um problema para toda e qualquer organização que a ignore, a qualidade dos serviços, como base de atuação, pode representar uma significativa fonte de vantagens competitivas (Pedro et al., 2010). De acordo com Amin & Nasharuddin (2013), um utente está satisfeito quando a qualidade dos serviços de saúde coincide com as suas expectativas e requisitos, reforçando assim a sua satisfação.

Os utentes têm os seus direitos e capacidade de escolha e, caso não estejam satisfeitos com os serviços prestados pelas organizações de saúde, têm a oportunidade de mudar para uma

organização alternativa. Nesta perspetiva, aquilo que se verifica é que alguns estudos realizados em diferentes áreas de saúde, no sentido de analisar a relação entre a qualidade apercebida e a satisfação dos utentes, chegaram à conclusão que existe uma correlação positiva e significativa entre a qualidade apercebida e a satisfação dos utentes, como por exemplo Raposo et al. (2009), no contexto de cuidados de saúde primários Portugueses, Amin & Nasharuddin (2013), no contexto de hospitais públicos e privados da Malásia, Faria & Mendes (2013), no contexto dos centros de saúde Portugueses, ou ainda Hamid et al. (2015), no contexto dos serviços de oftalmologia - hospitais privados de Sudão. Baseado nesses resultados formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

H1: A qualidade dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos tem um impacto significativo na satisfação do utente.

A perceção que os clientes têm da qualidade não só influencia a imagem da organização, como também contribui de modo decisivo para a imagem que é construída na mente dos clientes e para a avaliação que os consumidores fazem da organização (Grönroos, 2000; Sener, 2014; Rajbhandari, 2017). A imagem possui uma dimensão funcional e emocional, sendo que a dimensão funcional se concentra em aspetos tangíveis (fáceis de identificar e medir), enquanto que a dimensão emocional representa os aspetos psicológicos determinados pela experiência e a atitude do indivíduo em relação a uma determinada organização (Alnaser, Ghani, Rahi, Mansour & Abed, 2017). Por exemplo, nesta linha de pensamento, Zeithaml & Bitner (2003) referem que as sugestões proporcionadas pelo ambiente físico são instrumentos que permitem comunicar uma finalidade e a imagem da organização, influenciando a opinião dos consumidores.

De facto, num estudo de Saleh, Quazi, Keating & Gaur (2017) realizado em dois bancos islâmicos chegou-se à conclusão de que existe um efeito positivo da qualidade apercebida na imagem corporativa, sendo que os clientes que percecionam uma melhor qualidade do serviço parecem formar uma imagem mais favorável da organização. De entre diversos outros estudos, vários foram desenvolvidos em contexto de saúde, podendo destacar-se, entre outros, o estudo de Laohasirichaikul, Chaipoopirutana & Combs (2011) no sector de saúde em hospitais privados Tailandeses e o de Faria & Mendes (2013) no contexto dos centros de saúde Portugueses, os quais concluíram que a qualidade apercebida dos serviços parece ter um efeito direto e significativo na imagem hospitalar. Neste sentido, existem indícios ao longo da literatura que sugerem que a qualidade apercebida do serviço pode ser um significativo antecedente da imagem das organizações, inclusive no contexto da saúde. Deste modo, sugere-se a seguinte hipótese de investigação:

H2: A qualidade apercebida tem um impacto positivo e significativo na imagem dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos.

A imagem organizacional surge deste modo da necessidade que o consumidor tem de simplificar as suas decisões de compra. Quando as organizações de serviços são complexas, a perceção da qualidade torna-se algo bastante difícil para os consumidores; neste sentido, os consumidores começam a ter mais confiança nas impressões globais em relação à organização, para tirar as conclusões acerca daquilo que quer comprar (Sener, 2014; Hamid et al., 2015; Rajbhandari 2017). Assim as organizações prestadoras de serviços, principalmente as organizações de saúde necessitam melhorar a sua imagem, de modo a facilitar a percetibilidade que os utentes têm desta, já que, segundo alguns autores como Grönroos (1984), a imagem de uma organização influencia as expetativas destes. Nalguns estudos realizados em diferentes áreas dos cuidados de saúde que examinaram a relação entre a imagem e a satisfação, mostra-se que parece existir uma correlação positiva e significativa entre a imagem institucional e a satisfação dos utentes, como por exemplo Sener (2014), no sector de saúde Turco, Qin & Pributok (2012), no contexto dos serviços de urgência dos Estados Unidos da América, Faria & Mendes (2013), no contexto dos centros de saúde Portugueses, Hamid et al. (2015), no contexto dos serviços de oftalmologia em hospitais privados do Sudão ou Rajbhandar (2017) nos serviços ambulatoriais Nepaleses. Pode-se aqui realçar também o estudo de Tung (2010), realizado num contexto diferente, mais propriamente os serviços de telemóveis, que conclui que a imagem da organização tem um impacto positivo na satisfação do cliente. Com base nesses pressupostos estabeleceu-se a terceira hipótese deste estudo:

H3: A imagem dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos tem um impacto positivo e significativo na satisfação do utente.

Não se consegue encontrar melhor vendedor do que um cliente satisfeito e logo, a satisfação está na escolha e é ela quem leva o consumidor a reconhecer e a confirmar. A satisfação do consumidor é geralmente apresentada como um fator muito sensível, na medida em que se encontra frequentemente associada a processos repetitivos de compra, a processos de comunicação passa-palavra positiva, bem como a outros tipos de atitude positivos como a lealdade (Oliver, 1980; Santos & Polónia, 2015). Clientes satisfeitos tendem a usar o serviço mais vezes que clientes não satisfeitos, manifestando novas intenções de compra e mais fortes e recomendando o serviço aos seus conhecidos (Zeithaml et al., 1996). Deste modo, a relação entre a satisfação e as intenções comportamentais têm vindo a ser alvo de vários estudos, nomeadamente nas organizações de saúde. Elleuch (2008) salienta que a forma mais comum aplicada para entender a intenção comportamental do utente nos serviços de saúde, começa com a noção bem estabelecida de que, quando os utentes são muito satisfeitos com um hospital, eles continuam lidando com esse hospital e transmitem mensagens positivas (boa-a-boca positivo) para outras pessoas. Portanto, a interação entre utentes e o prestador de serviços é um dos principais fatores na determinação de vários tipos de atitudes e comportamentos, como por exemplo a lealdade do utente. Nos estudos que analisaram a relação entre estes dois

conceitos, tem-se mostrado uma relação positiva e significativa entre a satisfação e vários tipos de atitudes e comportamentos, como por exemplo Elleuch (2008), no contexto das clínicas privadas de saúde japonês, Gaur Xu, Quazi & Nandi (2011), no contexto das clínicas de saúde geral Indianas, Qin & Pributok (2012), no contexto dos serviços de urgência dos Estados Unidos da América, ou ainda Amin & Nasharuddin (2013), no contexto de hospitais públicos e privados da Malásia. Assim propõe-se a seguinte hipótese:

H4: A satisfação dos utentes nos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-verdianos tem um impacto positivo e significativo nas suas intenções comportamentais.

Além disso, as várias hipóteses acima apresentadas sugerem que a imagem dos hospitais públicos de Cabo Verde pode desempenhar um papel mediador na relação entre a qualidade apercebida e a satisfação do utente. Por outras palavras, a qualidade apercebida pode ter também um efeito indireto sobre a satisfação do utente através da imagem da instituição. Assim sendo, parece razoável esperar-se que:

H5: A imagem dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos tem um papel mediador na relação entre a qualidade apercebida e a satisfação do utente.

Assim, e tendo em consideração o exposto acima e as evidências sugeridas, propõe-se o seguinte modelo conceptual, ilustrado na figura 1, que estabelece a relação entre as diversas hipóteses de investigação propostas no âmbito desta investigação. O modelo conceptual proposto para esta investigação é assim constituído pelas variáveis latentes: *i*) qualidade apercebida, *ii*) satisfação, *iii*) intenções comportamentais e *iv*) imagem, bem como, pelas diversas relações entre essas variáveis.



Figura 1 - Modelo Conceptual

### 3. Metodologia

Após termos apresentado os resultados da revisão bibliográfica realizada e que fundamenta a contextualização da temática em estudo, segue-se a fase metodológica onde serão descritas as etapas percorridas ao longo do estudo.

É essencial descrever a trajetória da investigação, ancorada no capítulo da fundamentação teórica, de modo a explicar com se procedeu para recolher os dados necessários para testar as hipóteses formuladas no estudo. Neste sentido procura-se fundamentar as opções feitas para abordar o problema do estudo, método de colheita de dados, modelo de análise desenvolvido e as variáveis estudadas.

#### 3.1. Recolha de dados e perfil da amostra

Em qualquer estudo, o investigador opta por um instrumento de colheita de dados, em função do tema em estudo, dos objetivos, da população ou da amostra a quem se destina e ainda do espaço de tempo disponível. Assim sendo, neste estudo, a recolha de dados foi efetuada através de um questionário desenvolvido para o efeito e formado por questões de resposta fechada (tipo *Likert*), aplicado aos utentes de dois hospitais públicos de Cabo Verde, e foi realizada entre junho e julho de 2017.

Para proceder à implementação dos questionários procedeu-se ao pedido de autorização ao Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde de Cabo Verde e ao conselho de Administração de ambas as unidades hospitalares. Os pedidos para a realização do estudo foram aceites e autorizados por escrito (Anexos 1, 2 e 3 respetivamente).

Ainda em relação aos procedimentos éticos, foi garantido o anonimato e assegurada a confidencialidade dos dados obtidos. Adicionalmente, todos os utentes foram informados sobre os objetivos do estudo, que o preenchimento do questionário era um ato voluntário e que a confidencialidade da sua participação seria garantida.

No sentido de assegurar a eficácia e eficiência do instrumento de recolha de dados, foi previamente efetuado um pré-teste junto de seis utentes (que não foram incluídos na amostra do estudo). Depois de se verificar que não havia dúvidas quanto ao preenchimento do questionário, este foi então aplicado à população a ser estudada.

Os questionários foram aplicados nos serviços de urgência dos hospitais centrais de Cabo Verde, Hospital Agostinho Neto (HAN) e o Hospital Baptista de Sousa (HBS).

Localizado no centro histórico da cidade da Praia - Santiago, o HAN é a maior unidade hospitalar de Cabo Verde, ocupando uma área de aproximadamente 16.832 m<sup>2</sup>. O HAN é considerado um hospital de referência dos cabo-verdianos, sendo esta uma entidade pública empresarial, sob tutela do Ministério da Saúde, responsável por serviços de grande relevância social, oferecendo assistência integral, prestando cuidados de saúde diferenciados. O referido hospital tem como extensão o Hospital de Trindade, onde são prestados os atendimentos e internamentos dos utentes psiquiátricos (HAN, 2017).

O HBS, é um hospital de referência para a região Norte do país. Está localizado na ilha de São Vicente e é um estabelecimento público de regime especial, dotado de órgãos, serviços e património próprio e de autonomia administrativa e financeira (HBS, 2017).

Durante o período referenciado, foi recebido um total de 308 questionários, 138 do HAN e 170 do HBS; destes, 4 questionários foram eliminados por não respeitarem os pressupostos inerentes ao tratamento estatístico dos dados do estudo (*outliers*), tal como desenvolvido mais à frente. A amostra final corresponde assim a um total de 304 questionários.

### 3.2. Operacionalização e medida das variáveis

A qualidade dos serviços, percebida pelos utentes foi medida através da escala PAKSERV, de Raajpoot, (2004). Trata-se de um modelo utilizado para bens intangíveis. A escala aborda a qualidade dos serviços como uma variável multidimensional, em que foram incorporados vinte e quatro itens, onde se avalia seis dimensões numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que o 1 representa “Discordo totalmente” e o 5 “Concordo totalmente” (Anexo 4): tangibilidade - 5 itens, confiabilidade - 4 itens, garantia - 4 itens, sinceridade - 4 itens, personalização - 4 itens e formalidade - 3 itens. Destes itens, foram eliminados 2 da dimensão tangibilidade (item T3 e T4) e 1 nas dimensões garantia (item G2), sinceridade (item S2) e personalização (item P2), por implicarem violação dos pressupostos da análise estatística (pesos fatoriais baixos), tal como descrito mais à frente.

Relativamente à imagem organizacional, esta foi medida através de um conjunto de quatro itens adaptado das pesquisas de Tung (2010) e Faria & Mendes (2013): *i*) confiança, *ii*) experiência, *iii*) preocupação com os utentes e *iv*) inovador e tecnologicamente avançado, numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que o 1 representa “Discordo totalmente” e o 5 “Concordo totalmente”. O último item do presente construto foi eliminado uma vez que os índices de modificação sugeriam a saturação em fatores diferentes na versão original.

A satisfação do utente representa a extensão da reação emocional de um serviço prestado (Oliver, 1980) e foi medida com três itens adaptados de Oliver (1980) e Westbrook & Oliver (1981). Os itens capturam o: *i*) nível de satisfação com base na experiência, *ii*) nível de

satisfação em comparação com as expectativas e *iii*) nível de satisfação em comparação com uma organização vista como ideal.

No que concerne à variável intenções comportamentais que se encontra diretamente relacionadas com os comportamentos dos utentes foi medida através de quatro itens adaptados de (Zeithaml et al., 1996), resumindo em: *i*) recomendação, *ii*) comunicação boca-a-boca, *iii*) lealdade e *iv*) preferência. Destes itens, foi eliminado o primeiro item visto que os índices de modificação sugeriam a saturação em fatores diferentes na versão original.

Além das quatro variáveis centrais do estudo (Qualidade dos serviços, Imagem Organizacional, Satisfação dos utentes e Intenções comportamentais), consideraram-se ainda cinco outras variáveis, no sentido de permitir uma breve caracterização da amostra estudada: *i*) gênero (variável nominal dicotómica), *ii*) idade (variável contínua), *iii*) ocupação (variável nominal), *iv*) nível de instrução escolar (variável ordinal) e *v*) rendimento mensal líquido (variável nominal).

A tabela 1, mostra a média, o desvio padrão e o alpha de Cronbach referentes a cada uma das variáveis/dimensões.

Tabela 1 - Média, Desvio Padrão e Alpha Cronbach

	Média (M)	Desvio Padrão (SD)	Alpha Cronbach
Tangibilidade	3,495	0,494	0,604
Confiabilidade	2,743	0,704	0,719
Garantia	2,983	0,713	0,787
Sinceridade	2,805	0,681	0,648
Personalização	2,853	0,708	0,720
Formalidade	3,039	0,738	0,672
Satisfação	2,967	0,803	0,776
Imagem	3,093	0,672	0,795
Intenções Comportamentais	3,257	0,670	0,736

Para Maroco & Garcia-Marques (2006) o limite mínimo para o alpha é de 0,7, embora o autor considere, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um alpha de 0,60 como aceitável. No mesmo sentido, segundo Pestana & Gageiro (2008) a consistência interna é: *i*) inaceitável, quando o alpha é menor que 0,6; *ii*) fraca, quando o alpha se encontra entre 0,6 e 0,7; *iii*) razoável, quando o alpha se encontra entre 0,7 e 0,8; *iv*) boa, quando o alpha se encontra entre 0,8 e 0,9 e *v*) muito boa quando o alpha se encontra superior a 0,9. Ainda nos valores de referência usados para avaliar o alpha Cronbach destaca-se Malhotra (2008) que afirma que uma confiabilidade moderada varia entre 0,60 e 0,75. Neste estudo verifica-se que

o alpha varia entre 0,604 e 0,795, pelo que, em concordância, podemos concluir que os construtos apresentam em geral uma fiabilidade moderada.

Através da análise da tabela 2, onde se mostram os índices de correlações entre as variáveis latentes, verifica-se que todos os valores de R indicam associação linear significativa entre os constructos, para um nível de 1%.

Tabela 2 - Correlações entre as variáveis latentes

Correlações	T	C	G	S	P	F	S*	I	IC
Tangibilidade (T)	1	0,419**	0,489**	0,472**	0,407**	0,379*	0,472**	0,456**	0,553**
Confiabilidade (C)	0,419**	1	0,694**	0,577**	0,473**	0,539**	0,562**	0,561**	0,523**
Garantia (G)	0,489**	0,694**	1	0,597**	0,520**	0,578**	0,588**	0,602**	0,576**
Sinceridade (S)	0,472**	0,577**	0,597**	1	0,603**	0,602**	0,546**	0,576**	0,496**
Personalização (P)	0,407**	0,473**	0,520**	0,603**	1	0,681**	0,593**	0,567**	0,498**
Formalidade (F)	0,379	0,539**	0,578**	0,602**	0,681**	1	0,606**	0,586**	0,501**
Satisfação (S*)	0,472**	0,562**	0,588**	0,546**	0,593**	0,606**	1	0,660**	0,675**
Imagem (I)	0,456**	0,561**	0,602**	0,576**	0,567**	0,586**	0,660**	1	0,680**
Intenções Comportamentais (IC)	0,553**	0,523**	0,602**	0,496**	0,498**	0,501**	0,675**	0,680**	1

\*\*Correlação significativa para um nível de 0,01 (2 - tailed)

### 3.3. Tratamento estatístico

No tratamento estatístico dos dados recolhidos recorreu-se a instrumentos de natureza descritiva (frequências absolutas, médias, a medidas de dispersão como o desvio padrão) e à AEE. Para o efeito, utilizaram-se os *softwares* IBM SPSS Statistics versão 24.0 e IBM SPSS AMOS versão 24.0.

## 4. Resultados

Em primeiro lugar, procede-se a uma breve caracterização sociodemográfica da amostra, através de medidas descritivas (frequências absolutas, médias, desvio padrão), utilizando-se para o efeito o IBM SPSS *Statistics*. Depois recorreu-se ao IBM SPSS AMOS para aplicar a AEE, no sentido de procurar analisar as hipóteses centrais desta investigação, já referidas anteriormente.

### 4.1. Perfil da amostra

Como já referido, a amostra deste estudo é constituída por 304 questionários respondidos pelos utentes das organizações de saúde hospitalares incluídas nesta pesquisa.

De acordo os resultados obtidos no tratamento dos dados, verifica-se um predomínio do género feminino (53,6%). Em relação à idade, consta-se que os utentes apresentam idades compreendidas entre os 16 e 70 anos, com uma média de 32 anos (desvio padrão: 12).

Relativamente ao nível de instrução escolar, verifica-se que 1% da amostra não possui habilitações literárias, 48% são detentores de algum grau de instrução ao nível de ensino básico, 28,9% possuem grau de instrução ao nível do ensino secundário/pós-secundário e 22,1% da amostra têm formação de nível superior.

Quanto à situação em relação ao emprego, achou-se pertinente fazer uma separação entre os que têm ocupação com cumprimento de horários e os outros. Assim, verificou-se que 77,9% dos participantes da amostra pertencem ao primeiro grupo (63,1% com emprego; 14,8% estudantes), sendo a restante amostra constituída por desempregados (13,8%), domésticos (5,9%) e reformados (2,3%).

Finalmente, em relação ao rendimento mensal líquido, verifica-se que 33,9% da amostra não auferem de um rendimento, 10,5 % possuem um rendimento inferior ao salário mínimo estabelecido em Cabo Verde e 55,6% da amostra têm um rendimento superior ao salário mínimo.

### 4.2. Pressupostos dos métodos de análise

A fase preliminar de tratamento dos dados é essencial para assegurar a validade dos diversos pressupostos inerentes às análises efetuadas, bem como dos resultados alcançados (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010).

Na análise correspondente ao pressuposto da normalidade, seguiu-se as recomendações de Hair et al. (2010) e de Marôco (2010), recorrendo-se assim para o efeito às medidas de assimetria ( $Sk$ ) e de curtose ( $Ku$ ). Marôco (2010) defende que para verificar o pressuposto os valores absolutos de  $sk$  e  $Ku$  deverão ser inferiores a 3 e 10 respetivamente. Neste estudo, através do *output* da análise correspondente, verificou-se que os valores de  $|sk|$  variam entre 0,248 (no item C3) e 1,681 (no item L3) e os valores de  $|Ku|$  variam entre 1,367 (no item T5) e 3,357 (no item L2). Com base nos dados apresentados assume-se que não existe violação do pressuposto da normalidade uni e multivariada.

A verificação do pressuposto da linearidade foi efetivada através de análise das correlações de Pearson entre as diversas variáveis de cada variável latente. De facto, no caso de linearidade, espera-se que as correlações sejam significativas entre as diversas variáveis observáveis (Hair et al., 2010). Comprovou-se a existência de relações lineares significativas (para um nível de 1%) entre praticamente todas as variáveis.

A ausência de multicolinearidade significa que as variáveis explicativas são linearmente independentes (Pestana & Gageiro, 2008). Este pressuposto foi verificado através do valor de tolerância ( $T$ ) e do seu inverso, o *variance inflator factor* ( $VIF$ ), como preconizado por vários autores (Pestana & Gageiro, 2008; Hair et al., 2010; Marôco, 2010). Não é consensual a partir de que valor se assume que não existe multicolinearidade. Para Pestana & Gageiro (2008) e Hair et al. (2010), se  $T \geq 0,1$  e  $VIF \leq 10$  verifica-se ausência de multicolinearidade. Marôco (2010) apresenta como valor de referência  $VIF \leq 5$  e um valor de  $T \geq 0,2$ . De qualquer forma, neste estudo, todos os indicadores calculados indicam ausência de multicolinearidade com  $T \geq 0,394$  e  $VIF \leq 2,536$ .

Como recomendado por Marôco, 2010, para a identificação de eventuais *outliers* multivariados optou-se pelo critério da distância de *Mahalanobis*, considerando para o efeito um nível de significância de 0,001, tal como recomendado por Hair et al. (2010). A análise revelou 4 observações atípicas que, por forma a não comprometer o ajustamento do modelo, foram retiradas do estudo.

### 4.3. Validação do modelo de medida

Para a validação do modelo de medida procedeu-se à Análise Fatorial confirmatória (AFC), em que foi utilizado o software AMOS (v.24.0) e aplicou-se, para o efeito, o método da Máxima Verosimilhança (*Maximum Likelihood*), por ter sido a abordagem geralmente mais utilizada na AEE, pela sua robustez, embora se mostre inadequada em situações que violem o pressuposto da normalidade multivariada (Hair et al., 2010). A execução do modelo gerou o diagrama com as medidas padronizadas e o relatório *fit measures* (medidas de ajuste) entre outros *outputs*.

O modelo gerado, com as estimativas estandardizadas dos pesos fatoriais e índices de fiabilidade individual, é apresentado na figura 2. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados ( $\lambda \geq 0,5$ ) e fiabilidades adequadas ( $R^2 \geq 0,25$ ), à exceção dos itens T5, S3\_r e L3 que, apesar de tudo, apresenta um valor muito próximo do limite expectável.

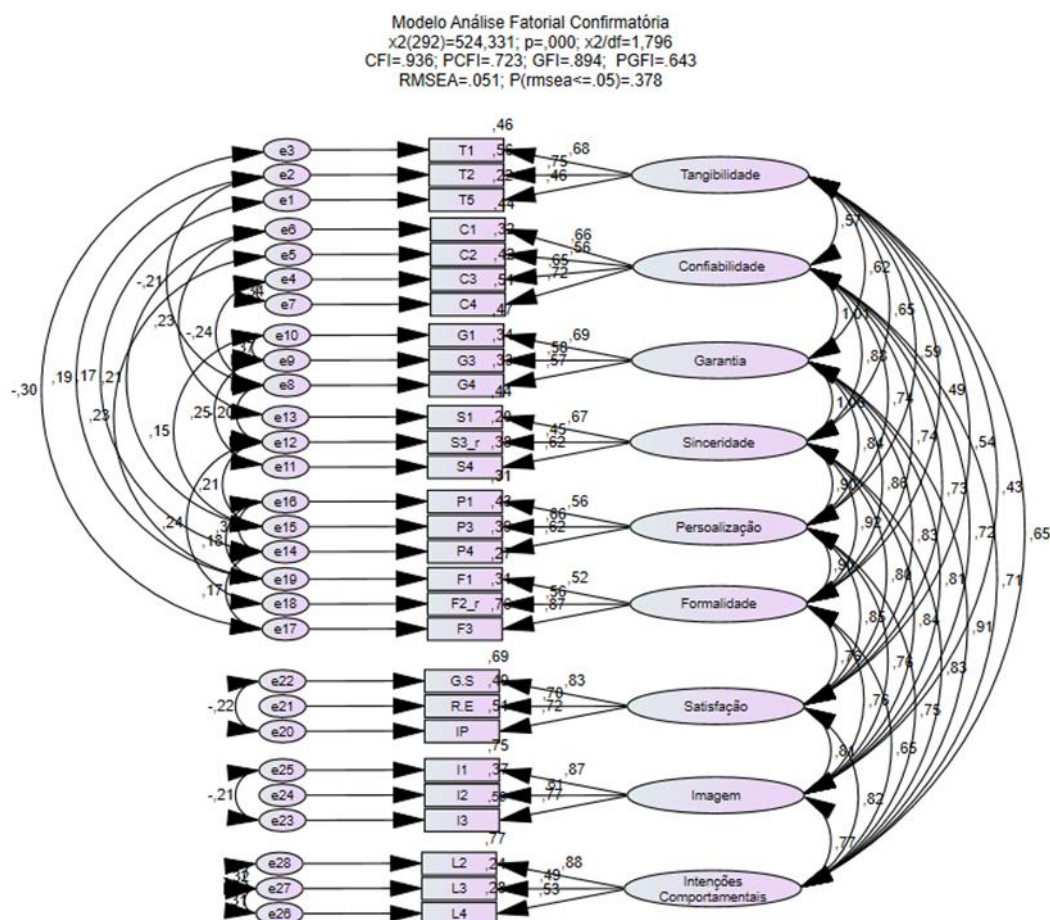


Figura 2 - Modelo da Análise Fatorial Confirmatória

A validade convergente dos constructos foi testada através de várias medidas de ajuste relativas, absolutas e de parcimónia, consideradas para o efeito, por serem das mais utilizadas em estudos de investigação baseados na metodologia de modelos de equações estruturais (*Structural Equation Models, SEM*). Os resultados obtidos relativamente aos índices de ajuste do modelo, que aferem acerca da qualidade do ajuste do modelo hipotético com os dados amostrais, encontram-se sintetizados na tabela 3.

Tabela 3 - Índices de ajuste do modelo AFC

Índices de Ajuste	Valores	Nível de aceitação
<b>Medidas absolutas</b>		
$\chi^2/g.l.(CMIN/DF)$	1,796*	<2 (bom), <5 (aceitável) - Marôco (2010)
<b>GFI (Goodness of Fit Index)</b>	0,894	$\geq 0,9$ (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010); Hair et al. (2010)
<b>RMSEA (Root Mean Square Residual Error Approximation)</b>	0,051	$\leq 0,05$ (muito bom); 0,08 (bom); 0,1 (mediocre) - Marôco (2010)
<b>Medida relativa</b>		
<b>CFI (Comparative Fit Index)</b>	0,936	$\geq 0,9$ (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010)
<b>Medida parcimónia</b>		
<b>PCFI (Parsimony Comparative Fit Index)</b>	0,723	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)
<b>PGFI (Parsimony Goodness of Fit Index)</b>	0,643	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)

(\*) Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) = 524,331 ( $p=0,000$ ) e graus de liberdade = 292

Como se pode observar, o modelo especificado apresenta uma qualidade de ajustamento relativamente boa. Com efeito, com exceção do GFI (Goodness of Fit Index), todos os índices de ajuste calculados para a avaliação do modelo apresentaram valores acima dos referenciais realçados na literatura (Hair et al., 2010; Marôco, 2010). Mesmo assim, ainda que o valor de GFI se encontre abaixo de 0,9, foi considerado aceitável por estar muito próximo do valor de referência.

Importa referir que estes índices de ajustamento foram obtidos após refinar o modelo através da avaliação dos Índices de Modificação (IM) e da eliminação de alguns itens já referidos anteriormente por sugerirem a saturação entre fatores diferentes e por apresentarem pesos fatoriais inferiores ao valor sugerido por Marôco (2010), calculados pelo AMOS (v.24.0), e correlacionarem-se alguns erros de medida.

#### 4.4. Validação do modelo estrutural

Concluída a validação do modelo de medida, procedeu-se de seguida à validação do modelo estrutural, procurando estudar a pertinência das hipóteses formuladas de que a qualidade apercebida teria um impacto significativo na satisfação do utente e na imagem institucional, que a imagem institucional teria um impacto significativo na satisfação do utente e por fim de que a satisfação dos utentes influênciaria de forma positiva as suas intenções comportamentais. Para o efeito, manteve-se o método de estimação da Máxima Verosimilhança.

Como se pode observar pela leitura da tabela 4, o modelo estrutural também apresenta índices razoavelmente satisfatórios de ajuste. De facto, com exceção do GFI (*Goodness of Fit Index*), todos os índices de ajuste calculados para a avaliação do modelo apresentaram valores acima dos referenciais realçados na literatura (Hair et al., 2010; Marôco, 2010). Apesar de tudo, ainda que o valor de GFI se encontre abaixo de 0,9, foi considerado aceitável por estar próximo do valor de referência.

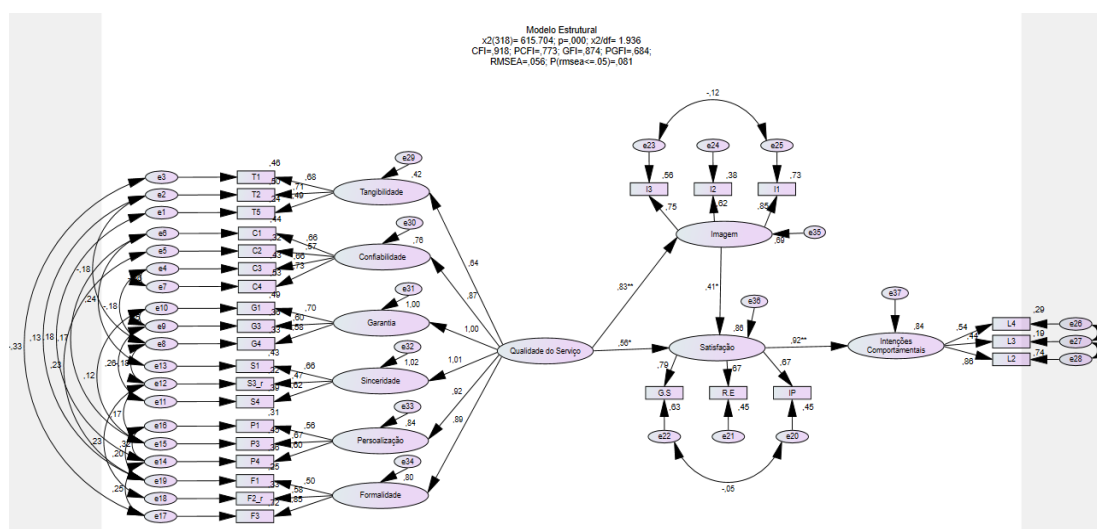
**Tabela 4 - Índices de ajuste do modelo**

Índices de Ajuste	Valores	Nível de aceitação
<b>Medidas absolutas</b>		
$\chi^2/g.l.(CMIN/DF)$	1,936*	<2 (bom), <5 (aceitável) - Marôco (2010)
<b>GFI</b> ( <i>Goodness of Fit Index</i> )	0,874	$\geq 0,9$ (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010); Hair et al. (2010)
<b>RMSEA</b> ( <i>Root Mean Square Residual Error Approximation</i> )	0,056	$\leq 0,05$ (muito bom); 0,08 (bom); 0,1 (mediocre) - Marôco (2010)
<b>Medida relativa</b>		
<b>CFI</b> ( <i>Comparative Fit Index</i> )	0,918	$\geq 0,9$ (bom); 0,95 (muito bom) - Marôco (2010)
<b>Medida parcimónia</b>		
<b>PCFI</b> ( <i>Parsimony Comparative Fit Index</i> )	0,773	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)
<b>PGFI</b> ( <i>Parsimony Goodness of Fit Index</i> )	0,684	>0,6 (razoável); >0,8 (bom) - Marôco (2010)

(\*) Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) = 615,704 (p=0,000) e graus de liberdade = 318

A figura 3 apresenta os valores dos pesos fatoriais estandardizadas bem como a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo estrutural. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados ( $\lambda \geq 0,5$ ) e fiabilidades individuais adequadas ( $R^2 \geq 0,25$ ), à exceção dos itens T5, S3\_r e L3 que, apesar de tudo, apresenta um valor muito próximo do limite expectável.

## Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde



\*\* Relação significativa a 1% \* Relação significativa a 5%  
**Figura 3 - Modelo estrutural com coeficientes estandarizadas**

A análise da trajetória entre o fator “Qualidade percebida do serviço” e o fator “Satisfação” sugere claramente que a Qualidade percebida do serviço tem um efeito direto ( $\beta=0,56$ ) estatisticamente significativo ( $p=0,018$ ) sobre a satisfação dos utentes, proporcionando assim suporte à hipótese levantada (H1) de que “A qualidade dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos tem um impacto positivo na satisfação dos utentes”.

Constata-se ainda que a trajetória entre o fator “Qualidade percebida do serviço” e o fator “Imagem institucional” revelou-se significativamente ( $\beta=0,83$ ;  $p= 0,004$ ), suportando a hipótese levantada (H2) de que “A qualidade percebida dos serviços dos hospitais Cabo-Verdianos tem impacto significativo na imagem institucional”.

A análise da trajetória entre o fator “Imagem institucional” e o fator “Satisfação” sugere claramente que a imagem institucional tem um efeito direto ( $\beta=0,41$ ) estatisticamente significativo ( $p=0,019$ ) sobre a satisfação dos utentes, proporcionando assim suporte à hipótese levantada (H3) de que “A imagem dos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-Verdianos tem um impacto positivo e significativo na satisfação do utente”.

Por fim, o fator “Satisfação” também apresenta um efeito direto e significativo ( $\beta=0,92$ ;  $p=0,019$ ) sobre o fator “Intenções comportamentais”, proporcionando assim suporte à hipótese (H3) de que a “A satisfação dos utentes nos serviços de urgência em hospitais públicos Cabo-verdianos tem um impacto positivo e significativo nas suas intenções comportamentais.”.

Através da leitura dos dados da tabela 5 verifica-se que a imagem da instituição medeia parcialmente a relação entre os fatores “qualidade percebida” e “satisfação”. De facto, os resultados obtidos através da aplicação do método *bootstrap* de reamostragem destacam um efeito indireto significativo da qualidade percebida do serviço sobre a satisfação do utente ( $\beta=0,34$ ;  $p=0,012$ ), confirmando o papel de mediação desempenhado pelo fator imagem na instituição, mostrando assim que o efeito total do fator “qualidade percebida” sobre o fator

“satisfação” ( $\beta=0,90$ ;  $p=0,009$ ) é bastante superior ao efeito direto evidenciado no modelo estrutural ( $\beta=0,56$ ;  $p=0,018$ ). A significância do efeito indireto é considerável, uma vez que cerca de 37,77% do efeito total é medida através do fator imagem. Conclui-se assim a validade da hipótese (H4) de que “A imagem dos hospitais Cabo-Verdianos tem um papel mediador na relação entre a qualidade a percebida e a satisfação do utente.”

Tabela 5 - Outputs da aplicação do método *bootstrap* de reamostragem

	Qualidade a percebida do serviço			Imagem institucional
	Efeito Direto	Efeito Indireto	Efeito Total	
Imagem institucional	0,83**	0	0,83**	0
Satisfação do utente	0,56*	0,34*	0,90**	0,41*
Intenções Comportamentais	0	0,83*	0,83*	0

Método utilizado para testar a significância dos efeitos: Bias-corrected percentile method

\* Nível de Significância de 5% \*\* Nível de Significância de 1%

## 5. Discussão dos resultados

Num ambiente de constante mudança nas organizações de saúde, os seus gestores e responsáveis técnicos demonstram interesse pelos fatores que interferem na satisfação dos seus utentes, procurando manter e/ou melhorar a qualidade dos serviços prestados, assumindo particular relevância o “feedback” dos utentes. Torna-se, assim, imprescindível a realização de estudos científicos na área da avaliação da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, com o objetivo de despistar ineficiências instaladas nos processos, para potenciar a implementação e consequente otimização de medidas de melhoria contínua. Deste modo, o resultado final será certamente, mais qualidade na prestação de cuidados de saúde e maior satisfação dos utentes.

Após a realização da AEE foi possível produzir um conjunto de resultados que convém discutir e analisar de acordo com a informação já disponível de estudos semelhantes previamente efetuados.

Os resultados desta investigação sugerem que apesar de alguns ajustes realizados na escala PAKSERV (eliminação de alguns itens em determinadas dimensões), esta é confiável e uma medida válida de qualidade dos serviços em serviços de urgência dos hospitais públicos de Cabo Verde, reforçando um conjunto de ideias veiculadas ao longo da teoria que sugerem que esta pode ser usada em diversos sectores de atividade, através de uma variedade de países e contextos culturais, como por exemplo Saunders (2008) no sector bancário de África do Sul, Kashif et al. (2014) no contexto de hospitais públicos paquistanês, ou ainda Kashif, Ramayah & Sarifuddin (2014) no contexto de ensino superior paquistanês.

Os resultados desta investigação também sugerem claramente que a qualidade apercebida do serviço influencia direta e significativamente a satisfação do utente, reforçando um vasto conjunto de ideias veiculadas ao longo de toda a literatura que sugerem a pertinência dessa relação em diferentes sectores das organizações prestadoras de serviço de saúde, como por exemplo Raposo et al. (2009) no contexto de cuidados de saúde primários, Amin & Nasharuddin (2013) no contexto de hospitais públicos e privados, Faria & Mendes (2013) no contexto dos centros de saúde, ou ainda Hamid et al. (2015) no contexto dos serviços de oftalmologia - hospitais privados.

Em mercados onde a diferenciação é muito baixa como o caso das organizações de saúde, a imagem da organização surge como um grande diferenciador destas, pois de acordo com Grönroos (1984, 1988) a imagem organizacional relaciona-se com as perceções que os clientes têm da empresa prestadora do serviço, sendo que a imagem depende da qualidade técnica e funcional, do preço, da comunicação externa, da localização, da aparência, e da competência e comportamento dos funcionários da empresa.

No referente à imagem da instituição, este estudo confirma que o facto de (à exceção de inovador e tecnologicamente avançado) os utentes reconhecerem que o serviço de urgência é de confiança, experiente e que se preocupa com os seus utentes, resulta da qualidade apercebida do serviço, através das várias dimensões. Assim também se conclui que a qualidade apercebida é um antecedente da imagem da instituição. Este resultado corrobora os resultados obtidos por Saleh et al. (2017), no sector bancário, em que as atitudes e desempenho dos funcionários associados aos serviços influenciam a criação de uma imagem positiva da organização. Os resultados também vão de encontro às conclusões de Laohasirichaikul et al. (2011), desenvolvido no sector de saúde, as quais sugerem que a qualidade apercebida do serviço associada às boas técnicas de saúde, instalações com boa manutenção e um ambiente cordial influenciam a imagem da organização. Faria & Mendes (2013) apresentam resultados semelhantes, no contexto dos centros de saúde, concluindo que a qualidade apercebida do serviço afeta a imagem da organização. Estes resultados corroboram a ideia de que a imagem de uma instituição influencia e é influenciada pelas percepções dos clientes.

No que diz respeito ao impacto que a imagem da instituição tem sobre a satisfação, o trabalho de Tung (2010) chegou a resultados semelhantes, embora em contexto diferente (serviços de telemóveis). Dos estudos que analisaram esta relação em contexto de unidades de saúde (e.g. Qin & Prybutok, 2012; Faria & Mendes, 2013; Sener, 2014; Hamid et al., 2015; Rajbhandari, 2017) embora em sectores de saúde e espaços geográficos diferentes, como já referido anteriormente, concluíram que a variável “imagem” tem impacto na satisfação do utente. Contudo, convém salientar que ao contrário dos estudos referidos anteriormente, à exceção do estudo de Faria & Mendes (2013), neste estudo em particular, a “imagem da instituição” não é uma variável exógena, sofrendo um efeito direto positivo por parte da qualidade apercebida. Em suma, a imagem da instituição apresenta um efeito mediador parcial entre a qualidade apercebida e a satisfação do utente, corroborando os resultados de outros estudos conduzidos noutros espaços geográficos e noutros contextos de saúde como o estudo de Faria & Mendes (2013) desenvolvido em Portugal, no contexto dos centros de saúde. Atendendo à escassez de investigação nesta matéria, principalmente no que diz respeito ao contexto específico da saúde, o destaque desse efeito significativo é sem dúvida um contributo importante desta investigação.

Relativamente às intenções comportamentais, este estudo confirma que as intenções e as atitudes dos utentes face aos serviços de urgência, resultam da satisfação do utente perante o serviço prestado. Deste modo conclui-se que a satisfação é um forte antecedente das intenções comportamentais. Estes resultados vão de encontro às conclusões de alguns estudos desenvolvidos no sector de saúde, como o de Elleuch (2008) conduzido no contexto de clínicas privadas, Gaur et al. (2011) no contexto de clínicas de saúde geral, Qin & Pributok (2012) nos serviços de urgência ou Amin & Nasharuddin (2013) no contexto de hospitais públicos e privados,

que concluíram que a satisfação dos utentes afeta as suas intenções comportamentais. Este resultado sugere significativamente que manter utentes satisfeitos é um imperativo para as organizações de saúde, pois o sucesso depende essencialmente da retenção dos membros (Zeithaml et al, 1996).

Contudo poderá existir diferentes fatores extrínsecos às organizações de saúde que fazem com que os utentes deixam de usar os serviços oferecidos por uma determinada organização. Os gestores devem ter em atenção quais os motivos que fazem o utente deixar de recorrer a um determinado serviço e verificar quais os fatores situacionais contíguos. Convém também ter em atenção ao facto de que, ao voltar a recorrer de novo a um mesmo serviço, não significa que o utente esteja satisfeito ou seja verdadeiramente leal à organização, pois pode simplesmente não ter alternativas. Todavia, os clientes tomam a decisão de compra outra vez com base nos níveis de satisfação anterior (Santos & Polónia, 2015).

Deste modo, as organizações de saúde devem dispor de meios de comunicação eficazes para que os utentes possam solucionar as falhas do serviço pois uma boa resolução pós-falha produz sentimentos de satisfação nos utentes e estes têm maior tendência para usufruir do serviço novamente.

Em síntese, os resultados obtidos vão de encontro ao modelo conceptual proposto nesta investigação, validando assim todas as hipóteses levantadas.

## 6. Conclusões, limitações e sugestões

### 6.1. Conclusões

Com o presente estudo pretendíamos validar um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de urgência (na perspectiva do utente), que se possibilitasse aos gestores das organizações de saúde o diagnóstico dos aspetos do seu serviço a melhorar. O teste de validação do PAKSERV, apesar das alterações sofridas, demonstrou propriedades psicométricas adequadas, sugerindo a sua aplicabilidade na avaliação genérica da qualidade do serviço nas organizações de saúde incluídas nesta pesquisa, nomeadamente nos serviços de urgência.

Pretendíamos igualmente analisar a influência da qualidade percebida dos serviços de urgência em hospitais públicos de Cabo Verde, na satisfação dos utentes e nas suas intenções comportamentais, assim como o papel da imagem institucional, avaliando o potencial efeito mediador que a imagem da instituição poderia ter na relação entre qualidade apercebida do serviço e satisfação dos utentes.

Os resultados obtidos mostram que o modelo proposto se ajusta razoavelmente bem aos dados recolhidos e permitem-nos concluir também que, para que os serviços de urgências possam usufruir das vantagens competitivas e económicas provenientes da manutenção de utentes satisfeitos (e.g. desejo de permanência), estes precisam ser capazes de gerir corretamente não apenas a satisfação dos utentes com características intrínsecas do atendimento humanizado, mas também com outros atributos mais abstratos - a perceção do utente de que os serviços de urgência se preocupam com a sua segurança e bem-estar.

Deste modo, este estudo vem reforçar mais a ideia encontrada na literatura, de que a qualidade apercebida do serviço por parte do utente tem um efeito direto e positivo na satisfação do utente e conseqüentemente nas suas intenções comportamentais futuras, neste caso num contexto particular que é dos serviços de urgência.

Com este estudo foi possível também concluir que a qualidade apercebida do serviço influencia a melhoria da imagem institucional e de que a imagem institucional tem um impacto positivo sobre a satisfação dos utentes. Deste modo, verifica-se que a imagem institucional desempenha um papel mediador entre a qualidade apercebida e a satisfação, o que acaba por tornar este estudo bastante relevante, uma vez que contribui para a escassez de investigação nesta matéria.

Em termos gerais, o presente estudo revela-se importante para os gestores de unidades de saúde de serviços de urgência de hospitais públicos, principalmente aos dos países em

desenvolvimento, na medida em que lhes sugere um instrumento para avaliar a qualidade do serviço percebida pelo utente. Da análise da informação (recolhida por este instrumento) o gestor ficará mais próximo de perceber de que forma o utente percebe a qualidade, bem como os aspetos que deve melhorar (itens com menor percepção de qualidade) e assim delinear uma estratégia que vá ao encontro das necessidades do utente e não das que ele pensa que o utente precisa.

De salientar que para além dos serviços de urgência oferecidos pelos sistemas de saúde público, serviços idênticos são oferecidos aos utentes por instituições privadas; logo existe uma necessidade de procurar fazer melhor do que as demais instituições de saúde no mercado.

## **6.2. Limitações e sugestões para futuras investigações**

Apesar da possível contribuição que esta investigação possa ter no estudo da relação entre a qualidade dos serviços, satisfação dos utentes e suas intenções comportamentais no sistema de saúde público de Cabo Verde, deverá ter-se em consideração que se tratou do primeiro estudo deste tipo em Cabo Verde, e que seria relevante que outras investigações viessem a consolidar alguns conceitos e permitissem confirmar ou contradizer as conclusões aqui reportadas.

Como em qualquer estudo desta natureza, esta investigação teve de ultrapassar algumas dificuldades e apresenta algumas limitações que devem ser tomadas em consideração. A demora na obtenção da autorização por parte dos Conselhos de Administração para a implementação do estudo revelou-se uma das dificuldades enfrentadas, além da desmotivação da população, o que leva também a uma diminuição do interesse em participar em estudos de investigação; de facto, uma das principais limitações do estudo foi a pouca disponibilidade dos utentes em responder ao questionário. Apesar de tudo, a dimensão da amostra recolhida, apesar de reduzida, não inviabilizou o tratamento estatístico dos dados tal como planeado inicialmente, considerando-se perfeitamente suficiente para a análise, tendo em conta que o rácio de respostas sobre variáveis manifestas foi praticamente igual a 10.

Relativamente ao estudo em si, a escala PAKSERV sofreu algumas alterações. Assim, embora os resultados sustentem a validade da escala PAKSERV no sector de saúde pública de Cabo Verde, estes mesmos resultados apontam a necessidade de um melhor ajuste da escala para um contexto cultural Cabo-verdiano. Além disso, o estudo foi aplicado em apenas duas unidades de saúde e especificamente em serviços de urgência; assim sendo, os resultados obtidos poderão não ser generalizáveis a outras ilhas do país e a instituições hospitalares em geral. Sugere-se assim a replicação desta investigação, através de um estudo de âmbito nacional, envolvendo, por conseguinte, outras populações, com características potencialmente

diferentes, assim com outros tipos de serviços hospitalares, no sentido de podermos testar melhor a validade da escala em estudo.

Realça-se também o facto da medição da satisfação e principalmente da imagem, assim como, das intenções comportamentais terem sido efetuadas tendo em conta três itens para cada construto, pelo que seria interessante adicionar mais itens em investigações futuras.

Destaca-se também a escassez de investigação relativamente à imagem das organizações como consequência da qualidade apercebida do serviço, justificando assim plenamente a necessidade de estudos futuros a desenvolver nesta área do saber. Além disso, indícios sobre o potencial papel mediador da imagem na relação entre a qualidade apercebida e a satisfação do utente são ainda mais escassos na literatura.

Finalmente, este estudo é um dos primeiros passos dados no sentido de perceber a necessidade de reconhecer a importância dos utentes para as organizações prestadoras de cuidados de saúde de Cabo Verde; saber quais os fatores que elegem como fundamentais para basearem as suas decisões e ainda, o que os leva a desejar permanecer numa relação duradora.

## Bibliografia

- Aliman, N. & Mohamad, W. (2016). Linking Service Quality, Patients' Satisfaction and Behavioral Intentions: An Investigation on Private Healthcare in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224, 141-148.
- Alnaser, F.; Ghami, M; Rahi, S.; Mansour, M. & Abed, H. (2017). Determinants of customer loyalty: The role of service quality, customer satisfaction and bank image of Islamic bank in Palestine. *International Journal of Economics & Management Sciences*, 6 (5), 461-464.
- Andreassen, T. & Lindestad, B. (1998). The effect of corporate image in the formation of customer loyalty. *Journal of Service Research*, 1(1), 82-92.
- Amin, M. & Nasharuddin, S. (2013). Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*, 18 (3), 238-254.
- Batista, R. (2010). *Qualidade percebida pelos utentes dos Ipss de Oliveira do Hospital*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro).
- Bitner, M. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54 (2), 69-82.
- Boudreaux, E. & O'Hea, E. (2004). Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26 (1), 13-26.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-32.
- Carey, K. & Stefos, T. (2011). Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health Economics*, 20 (12), 1417-1430.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring Quality: A Reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56 (3), 55-68.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58 (1), 125-131.
- Delgado, A. (2009). Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990: Experiência de

Construção de um Sistema Nacional de Saúde. Tipografia Santos.

- Dias, O. (2010). Uma Análise Compreensiva da Reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde: Identificando as Perspectiva de Futuro na Opinião dos Principais Atores. (Dissertação de mestrado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz).
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring. In *Health Administration Press, Ann Arbor* (Vol. 1).
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (7), 692-705.
- Faria, N. & Mendes, L. (2013). Organizational image's partial mediation role between quality and users' satisfaction. *The Service Industries Journal*, 33 (13-14), 1275-1293.
- Ferreira, P. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93-112.
- Fortuna, A.; Amado, J.; Mota, C.; Lima, M. & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Média/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2), 55-80.
- Franco, M. & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde : um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 21-35.
- Furtado, C. (2008). Governação do sistema de saúde em Cabo Verde. Cabo Verde: *Organização Mundial Saúde - INE - CV*.
- Gaur, S.; Xu, Y.; Quazi, A. & Nandi, S. (2012). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality*, 21 (1), 67-87.
- Gholami, M.; Kavosi, Z. & Khojastefar, M. (2016). Services quality in emergency department of Nemazee Hospital: Using SERVQUAL model. *Journal of Health Management & Informatics*, 3 (4), 120-126.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad*, (2).

- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implication. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Grönroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9 (3), 10-13.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship management*, Chicester, Editora John Wiley & Sons.
- Hair, J.; Black, W.; Babin, B. & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis (7th ed.)*. USA, New York: Prentice-Hall.
- HAN. (2017). Portal do Hospital Dr. Agostinho Neto. Retrieved from <http://www.han.gov.cv>
- HBS.(2017). Portal do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Retrieved from <http://www.hospitalbaptistadesousa.cv/>
- Hamid, A.; Ibrahim, S.; Seesy, A. & Hasaballah, A. (2015). Interaction effect of perceived service quality and brand image on customer satisfaction. *Asian Journal of Management Sciences*, 3 (10), 1-8.
- Heiby, J. (2014). The use of modern quality improvement approaches to strengthen African health systems : a 5-year agenda. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (2), 117-123.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário*.
- Institute of Medicine. [IOM] (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy of Sciences. *Institute of Medicine*.
- Institute of Medicine. [IOM] (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. *Institute of Medicine*.
- Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *The Journal for Decision Makers*, 29 (2), 25-37.
- Jiménez, J. (2013). *Estratégia de financiamento do setor saúde cabo-verdiano*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas Contra Exclusão Social e a Pobreza.

- Kashif, M.; Altaf, U.; Ayub, H.; Asif, U. & Wash, J. (2014). Customer Satisfaction at Public Hospitals in Pakistan: PAKSERV Application. *Global Business Review*, 15 (4), 677-693.
- Kashif, M.; Ramayah, T. & Sarifuddin (2014). PAKSERV - measuring higher education service quality in a collectivist cultural context. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27 (3-4), 265-278.
- Kondasani, R. & Panda, R. (2016). Service Quality Perception and Behavioural Intention: A Study of Indian Private Hospitals. *Journal of Health Management*, 18 (1), 188-203.
- Laohasrichaikul, B.; Chaipoopirutana, S. & Combs, H. (2011). Effective customer relationship management of health care: a study of hospitals in Thailand. *Journal of Management and Marketing Research*, 6, 1-12.
- Library Association (1994). Information Quality and Liability. London, Library Association.
- Malhotra, N. (2008). Pesquisa de Marketing. Artmed Bookman.
- Mahapatra, S. (2015). Patient ' s Health Care Behaviour Intentions. *International Proceedings of Management and Economy*, 84, 67-70.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Marôco, J. (2010). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Meesala, A. & Paul, J. (2016). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Reatailing and Consumer Services*, 40 (2018), 261 - 269.
- Mendes, L. & Fradique, M. (2014). Influence of leadership on quality nursing care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27 (5), 439 - 450.
- Ministério da Saúde. (2007). Política Nacional de Saúde [PNS]: Reformar Para Uma Melhor Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [PNDS] 2012-2016.

- Ministério da Saúde. (2007). Política Nacional de Saúde [PNS]: Reformar Para Uma Melhor Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [PNDS] 2012-2016.
- Ministério da Saúde. (2007). Política Nacional de Saúde [PNS]: Reformar Para Uma Melhor Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [PNDS] 2012-2016.
- Mittal, V.; Kumar, P. & Tsiros, M. (1999). Attribute-Level Performance, Satisfaction, and Behavioral Intentions over Time: A consumption - System Approach. *Journal of Marketing*, 63 (2), 88-101.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Oliver, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.
- Oliver, R. (1988). & DeSarbo, W. (1988). Response determinants in satisfaction judgments. *Journal of Consumer Research*, 14 (4), 495-507.
- Oliver, R. (1999). Whence consumer loyalty?, *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Palmer, R. (1983). *Ambulatory health care evaluation: principles and practice*. American Hospital Association.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4), 41-50.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.
- Park, K., Park, J., Kwon, Y., Kang, Y., & Noh, J. (2016). Public satisfaction with the healthcare system performance in South Korea: Universal healthcare system. *Health Policy*, 120 (6), 621-629.
- Pedro, S.; Ferreira, P. & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Revista Encontros Científicos - Tourism & Management Studies*, 6, 175-189.

- Pereira, M.; Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: em estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, 69-80.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Sílabo.
- Pisco, L. (2001). Perspetivas sobre a Qualidade na Saúde. *Qualidade em saúde*, 1 (5), 4-6.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- Qin, H. (2009). Among Perceived Service Quality, Patient Satisfaction and Behavioral Intentions in the Urgent Care Industry: Empirical Evidence from College Students. (Doctoral dissertation, University of North Texas).
- Qin, H. & Prybutok, V. (2012). A quantitative model for patient behavioural decisions in the urgente care industry. *Socio-Economic Planning Sciences*, 47 (1), 50-64.
- Raajpoot, N. (2004). Reconceptualizing Service Encounter Quality in a Non-Western Context. *Journal of Service Research*, 7 (2), 181-201.
- Rajbhandari, A. (2017). Measuring patients' perceived hospital service quality: A case study of Nepal's Private Hospitals. *International Research E-Journal on Business and Economics*, 3 (1), 194-216.
- Ramanujam, P. (2011). Service Quality in Health Care Organisations : A Study of Corporate Hospitals in Hyderabad. *Journal of Health Management*, 13 (2), 177-202.
- Raposo, M.; Alves, H. & Duarte, P. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare : a patient ' s satisfaction index. *Service Business*, 3 (1), 85-100.
- Rashid, W. & Jusoff, H. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (5), 471-482.
- Reerink, I. & Sauerborn, R. (1996). Quality of Primary Health Care in Developing Countries: Recent Experiences and Future Directions. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (2), 131-139.
- Reidenbach, E. & McClung, G. (1999). Managing stakeholder loyalty: When satisfaction is just not enough. *Marketing Health Services*, 22-29.

- Rust, R. & Oliver, R. (1994). Service quality: Insights and managerial implications from the frontier. In Rust, R. e Oliver, R. (Eds), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (pp.1-19). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sais, L. (2007). Marketing de serviços: Qualidade e Fidelização de clientes. *Lisboa: Universidade Católica Editora*.
- Sale, D. (1998). Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde, para os profissionais da equipa de saúde. *Lisboa : Principia - Publicações Universitárias e Científicas*.
- Saleh, M.; Quazi, A; Keating, B & Gaur, S. (2017).Quality and image of banking services: a comparative study of conventional and Islamic banks. *International Journal of Bank Marketing*, 35 (6), 878-902.
- Salomi, G.; Miguel, P. & Abackerli, A. (2005). SERVQUAL X SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão & Produção*, 12 (2), 279-293.
- Santos, R. & Polónia, D. (2015). Modelo conceptual para análise da satisfação dos pacientes num serviço de urgência hospitalar. *IMC 2015 International Management Conference 26th june 2015* (p. 296).
- Saunders, S. (2008). Measuring and applying the PAKSERV service quality construct: Evidence from a South African cultural context. *Managing Service Quality: An International Journal*, 18 (5), 442-456.
- Sener, H. (2014). Improving Patient Satisfaction in Health Services : An Application At Dumlupinar University Kutahya Evliya Celebi Education & Research Hospital. *European Journal of Business and Management*, 6 (30), 172-182.
- Singh, J. (1988). Consumer Complaint Intentions and Behavior : Definitional and Taxonomical Issues. *Journal of Marketing*, 52 (1), 93-107.
- Söderlund, M. & Öhman, N. (2005). Intentions are plural: towards a multidimensional view of intentions in consumer research. *European Advances in Consumer Research*, 7, 410-416.
- Solomon, M. (2002). Comportamento do Consumidor: comprando, possuindo e sendo. São Paulo Bookman.

- Sousa, P. (2006). Patient Safety - A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19 (4), 309-318.
- Sousa, P.; Pinto, F.; Costa, C. & Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 57-66.
- Spreng, R.; Mackenzie, S. & Olshavsky, R. (1996). A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing*, 60 (3), 15-32.
- Tung, F. (2010). Exploring customer satisfaction, perceived quality and image: An empirical study in the mobile services industry. *The Business Review, Cambridge*, 14 (2), 63-69.
- Trout, A.; Magnusson, A. & Hedges, J. (2000). Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say? *Academic Emergency Medicine*, 7 (6), 695-709.
- Vilhares, M. & Coelho, P. (2005). Satisfação e Lealdade do Cliente: Metodologia de avaliação, gestão e análise. *Lisboa: Escolar Editora*.
- Vinagre, M. & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *The International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (1), 87-103.
- Westbrook, R. & Oliver, R. (1981). The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18 (1), 84-91.
- Woodside, A.; Frey, L. & Daly, R. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*, 9 (4), 5-17.
- World Health Organization [WHO] (2000). World Health Report 2000. *Geneva: World Health Organization*.
- World Health Organization [WHO] (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. *Geneva: World Health Organization*.
- Wu, H.; Li, T. & Li, M. (2016). A Study of Behavioral Intentions, Patient Satisfaction, Perceived Value, Patient Trust and Experiential Quality for Medical Tourists. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 17 (2), 114-150.
- Zeithaml, V.; Parasuraman, A. & Berry, L. (1990). *Delivering quality service: Balancing*

*customer perceptions and expectations*. Simon and Schuster.

Zeithaml, V.; Berry, L. & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60 (2), 31-46.

Zeithaml, V. & Bitner, M. (2003). Marketing de Serviços: A empresa com foco no cliente. Porto Alegre, Bookman, 2ª Edição.

Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.

## Anexos

**Anexo 1 - Pedido de aprovação à Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde de Cabo Verde**



**Ministério da Saúde e  
da Segurança Social**

**COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SAUDE**

**(CNEPS)**

**Del27/2017**

1- Foi apresentado, a 15 de Maio de 2017, nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, um Projeto de Pesquisa intitulado "**Qualidade e Satisfação dos Utentes com o Serviço de Urgências: Estudo em Cabo Verde**", pela mestranda Vadilene Martins Reis Cruz

2- Trata-se de um Trabalho no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas na Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Doutor Luís António Fonseca Mendes.

3-Constaram dos documentos entregues na secretaria do CNEPS, uma carta dirigida ao CNEPS, o Projeto de Investigação, incluindo o questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a autorização prévia da Direcção Clínica do Hospital Dr. Agostinho Neto(HAN).

4 -O CNEPS fizera a análise documental e técnica da proposta na sua 74ª Reunião Ordinária, realizada a 25 de Maio de 2017, tendo feito o seguinte comentário:

-Em falta o CV do orientador.

5-O CNEPS, delibera no sentido da aprovação do estudo, ao abrigo do artigo nº11 do decreto-lei nº26/2007, devendo os promotores dar início à recolha de dados só após a entrega do CV do orientador no Secretariado do CNEPS.

Praia,29 de Maio de 2017

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho



**Anexo 2 - Autorização formal do Conselho de Administração do Hospital Dr. Agostinho Neto para recolha de dados**



Ministério da Saúde e  
da Segurança Social



Hospital Dr. Agostinho Neto  
Hospital de Referência

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DR. AGOSTINHO NETO**

**À Sra. Vadilene Reis  
Cruz**

**C/C.:**

**Dra. Flávia Semedo – Diretora de Urgência de Adultos;  
Dra. Iolanda Landim - Diretora de Urgência de Maternidade;  
Dra. Mitza Sanches – Diretora de Urgência de Pediatria**

Nota nº 114CA-HAN/17

Praia, 17-07-2017

Assunto: **Autorização para realização de pesquisa**

Excelência.

Queira aceitar os meus cumprimentos.

Em resposta à sua solicitação para realização de pesquisa intitulada “**Qualidade e Satisfação dos Utentes com o Serviço de Urgências: Estudo em Cabo Verde**”, vai a Direção Clínica (DC) informar que tem a devida autorização para realização do projeto.

O DC do HAN, informa ainda que deverá dirigir-se à Secretaria do HAN para fazer o levantamento do Guia de Marcha apresentar-se nos Serviços de Urgências.

Cordiais saudações,

A Diretora Clínica em Substituição

/Dra. Hírdina Borges/



Saúde: Um compromisso do Estado, Uma Responsabilidade de Todos

Hospital Dr. Agostinho Neto - Rua “Mártires de Pídiguti”, Cidade da Praia, C.P 112 Praia – Santiago – Cabo Verde  
Telefone PBX: (+238) 2602140/5060/70 - VOIP: 3337650/7656 - Fax (238) 2617974 - Site: www.han.cv - E-mail:  
euossoajudar@han.gov.cv

**Anexo 3 - Autorização formal do Conselho de Administração do Hospital Dr. Baptista de Sousa para recolha de dados**

De: Vadilene Cruz

**Universidade Da Beira Interior**  
**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

**Para:** Dra. Ana Margarida Além Brito,  
Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dr. Batista de Sousa  
Covilhã, 20 de fevereiro de 2017

**Assunto:** Pedido de Aprovação ao Conselho de Administração

Eu, Vadilene Martins Reis Cruz, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup>, com carácter de urgência, aprovação para consultar documentação e aplicar questionários a utentes do hospital, de forma a poder desenvolver um projeto de investigação, a apresentar em forma de dissertação na Universidade Da Beira Interior para obtenção do grau de mestre.

Este projeto é orientado pelo Professor Doutor Luís Mendes e tem como título:  
"Qualidade e Satisfação dos Utentes com o Serviço de Urgências : Estudo em Cabo Verde".

A avaliação da satisfação dos utentes será efetuada através da aplicação do questionário "Instrumento de Medida de Qualidade e satisfação dos Utentes nos Hospitais".

Grata pela atenção, encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos adicionais.

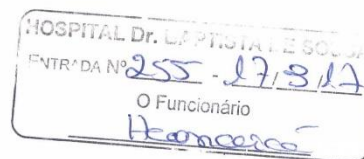
Com os melhores cumprimentos,  
Vadilene Cruz

Autorização do Conselho da Administração

Aprovação: Favorável  Desfavorável

Assinatura (s):

#### Anexo 4 - Operacionalização Das Variáveis

##### PAKSERV - Qualidade Apercebida

Baseado na sua experiência como utente dos serviços deste Hospital, avalie a sua perceção em relação à qualidade dos serviços, indicando o seu grau de concordância com as seguintes afirmações numa escala de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente)

- **Tangibilidade**
  - **Item T1** - O equipamento utilizado nesta instituição é moderno
  - **Item T2** - As instalações físicas são atrativas
  - **Item T3** - Os documentos informativos são fáceis de entender
  - **Item T4** - Os funcionários desta instituição vestem-se de forma adequada
  - **Item T5** - A estrutura do edifício é esteticamente apropriada
  
- **Confiabilidade**
  - **Item C1** - As promessas são geralmente cumpridas
  - **Item C2** - Os padrões e normas relativos ao serviço ao utente são geralmente seguidas
  - **Item C3** - Raramente se comente erros nos serviços prestados
  - **Item C4** - Os serviços anunciados estão geralmente disponíveis quando necessário
  
- **Garantia**
  - **Item G1** - Todos os utentes são geralmente tratados da mesma maneira
  - **Item G2** - Os utentes sentem-se seguros
  - **Item G3** - Os funcionários são sempre corteses com os utentes
  - **Item G4** - Os funcionários estão capacitados e têm conhecimento adequado
  
- **Sinceridade**
  - **Item S1** - Os funcionários preocupam-se verdadeiramente com os interesses dos utentes
  - **Item S2** - Os funcionários estão geralmente dispostos a fornecer conselhos não solicitados
  - **Item S3** - Os funcionários não mostram simpatia na ausência de relacionamento pessoal prévio (R)
  - **Item S4** - Os funcionários atendem os utentes de forma educada
  
- **Personalização**
  - **Item P1** - Os utentes recebem geralmente uma atenção personalizada

- **Item P2** - Os utentes são atendidos pelo seu nome de família
- **Item P3** - É geralmente prestado uma atenção imediata ao utente
- **Item P4** - Os funcionários proporcionam soluções personalizadas
  
- **Formalidade**
  - **Item F1** - Sempre que possível, os funcionários dirigem-se aos utentes pelo seu nome de família
  - **Item F2** - Os funcionários não são amigáveis com os utentes (R)
  - **Item F3** - Os funcionários prestam uma atenção total aos utentes

(R) Itens revertidos

### **Imagem**

Relativamente a este Hospital, indique, para cada uma das seguintes afirmações, o seu grau de concordância numa escala de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente):

- **Item I1** - É um Hospital de confiança
- **Item I2** - É um Hospital experiente
- **Item I3** - É um Hospital que se preocupa com os seus utentes
- **Item I4** - É um Hospital inovador e tecnologicamente avançado

### **Intenções Comportamentais**

Relativamente a este Hospital, indique, para cada uma das seguintes afirmações, o seu grau de concordância numa escala de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente):

- **Item L1** - Recomendaria este Hospital a pessoas que me peçam conselhos
- **Item L2** - Tenho todo gosto em elogiar os serviços deste hospital público
- **Item L3** - Pretendo continuar a usar os serviços deste hospital
- **Item L4** - Considero este Hospital como a minha primeira escolha em termos de serviços hospitalares

### **Satisfação**

- **Item G.S** - Considerando toda a sua experiência com o Hospital, qual o seu grau de satisfação? Use a escala de 1 a 5, onde 1 significa “muito insatisfeito” e 5 “muito satisfeito”.
- **Item R.E** - Tendo em conta as suas expetativas em relação ao Hospital e a sua experiência, em que medida o Hospital realizou as suas expetativas? Use a escala de 1 a 5, onde 1 significa “Muito menos que o esperado” e 5 “muito mais que o esperado”.
- **Item I.P** - Imagine o Hospital ideal ou perfeito. Em que medida este Hospital se aproxima desse ideal? Use a escala de 1 a 5, onde 1 significa “Muito longe do ideal” e 5 “Muito perto do ideal”.

