

Universidade de Évora
Departamento de Gestão

Medição da Percepção da Qualidade de Serviço
Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde

Elaborado por: Henrique Jorge Cristo Lopes

Orientadora: Prof. Doutora Marta Silvério



169 427

Novembro de 2007

*Aos meus filhos Francisco e Miguel,
sem os quais esta Tese jamais seria possível.*

Resumo

Medição da Percepção da Qualidade de Serviço Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde

A pesquisa incidiu na prestação de serviços em condições extremas. Os problemas já apontados na literatura científica ao Modelo SERVQUAL surgiram com grande impactação, obrigando à sua reformulação e desenvolvimento de ferramenta específica designada por ONSERQUAL.

A amostra final foi composta por 331 doentes. Os dados foram submetidos a modelização com equação estrutural e encontraram-se vários elementos novos com interesse de conhecimento teórico, metodológico e prático.

Verificou-se que em ambiente extremo o conceito “*gap*” não tem aplicabilidade; os efeitos idade e escolaridade têm elevada impactação na percepção da qualidade de serviço e satisfação. Quanto mais extremada for a situação clínica do doente pior tenderá a ser a avaliação da qualidade de serviço e satisfação. Confirmou-se a teoria “*option-choosing*”. As subescalas dos constructos têm mais capacidade discriminativa e heurística do que os valores da Satisfação e Qualidade de Serviço. As escalas de 10 pontos têm melhor receptividade que as de 7. Produziram-se Protocolos de Ética e Aceitação em amostra, com aplicabilidade noutros estudos. O tipo de protocolo clínico do doente contribuiu de forma decisiva para a estrutura de cotações. Os tratamentos de radioterapia e quimioterapia impactam negativamente, e a abordagem cirúrgica apresenta comparativamente melhores pontuações.

Palavras-chave: Marketing de Serviços; Qualidade; Satisfação; SERVQUAL; Hospital; Oncologia

Abstract

Quality Service Perception Measurement Studies on healthcare environment

The research subject was medical care of extreme conditions. The issues already pointed out in the scientific publications regarding the SERVQUAL model are clearly present, forcing the redesign of the model and the development of a specific tool denominated ONSERQUAL.

The final sample included 331 patients. The data was then modelled with the structural equation and several new elements of interest to the theoretical, methodological and practical knowledge were found.

In the extreme medical condition environment, the “gap” concept has no applicability; factors such as age and education have great impact upon the perceived service quality and satisfaction levels. The more extreme the medical condition, the worse will the patient judge those factors. The “option-choosing” theory was confirmed. The construct subscales have a higher discriminative and heuristic capability than Satisfaction and Quality of Service values. The 10 point scales are better received than the 7 point scales. Protocol on Ethics and Sample Inclusion were produced, with possible application in other studies. The type of clinical protocol of the patient contributed decisively to the scoring structure. Radio and chemotherapy have a negative impact while the surgical approach results in better scores.

Keywords: Service Marketing; Quality; Satisfaction; SERVQUAL; Hospital; Oncology

Índice geral

ÍNDICE GERAL	VI
ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
AGRADECIMENTOS	XIV
GLOSSÁRIO DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	XVI
PREFÁCIO	XVIII
PRIMEIRA PARTE – CORPO DE TEXTO	1
1- INTRODUÇÃO	2
1.1. A ACTUALIDADE DO CAMPO CIENTÍFICO A INVESTIGAR	2
1.2. A IMPORTÂNCIA DO TEMA	3
1.3. O CAMINHO ESCOLHIDO.....	4
1.4. O CONTRIBUTO DE PORTUGAL.....	5
1.5. A ESTRUTURA DA TESE.....	6
1.6. OBJECTIVOS DA TESE	6
1.7. PRINCIPAIS ELEMENTOS METODOLÓGICOS	6
2. O ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
2.1. A QUALIDADE E A QUALIDADE DO SERVIÇO	8
2.1.1. Definições de qualidade com relevância posterior para a de serviço	9
2.1.2. A aplicação do conceito de qualidade ao Marketing de Serviços.....	12
2.1.3. Os principais modelos da qualidade de serviço.....	16
2.1.4. A resaca da qualidade e da qualidade de serviço	25
2.1.5. Síntese do capítulo	29
2.2. A SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR.....	30
2.2.1. Diferentes definições de satisfação.....	31
2.2.2. Modelos de satisfação	38
2.2.3. Medindo a satisfação	42
2.2.3.1. Medição da Satisfação (e da qualidade de Serviço).....	45
2.2.4. Relação entre satisfação e serviço de qualidade	47
2.2.5. Relação entre satisfação e outros indicadores habitualmente associados à Gestão do cliente.....	53
2.2.6 A Satisfação como um indicador económico de base nacional.....	54

2.2.7. Síntese do capítulo sobre Satisfação.....	55
2.3. MODELO SERVQUAL.....	57
2.3.1. Conceito subjacente ao SERVQUAL.....	57
2.3.2. SERVQUAL: experiência acumulada.....	58
2.3.3. Outros Modelos de avaliação da qualidade de serviço derivados do SERVQUAL.....	60
2.3.4. Síntese do capítulo sobre SERVQUAL.....	62
2.4. LITERATURA APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE.....	63
2.4.1. A importância económica dos sistemas de serviços de saúde.....	63
2.4.2. A Qualidade de Serviço no ambiente de Serviço de Saúde.....	66
2.4.2.1. As origens.....	66
2.4.2.2. Desenvolvimentos recentes.....	67
2.5.2.3. O Modelo Total Quality Healthcare.....	72
2.4.2.4. Alternativas ao Modelo Total Quality Healthcare.....	76
2.4.2.5. Estrutura perceptiva da qualidade de serviço pelos doentes.....	77
2.4.3. Avaliação da satisfação dos doentes.....	78
2.4.5. Síntese do capítulo sobre Qualidade de Serviço e Satisfação em saúde.....	88
II PARTE – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	90
NOTA PRÉVIA.....	91
3. METODOLOGIA.....	91
3.1. TRACK FIELD – A ONCOLOGIA.....	91
3.2. O PROBLEMA.....	96
3.3. DESIGN EXPERIMENTAL.....	96
3.4. HIPÓTESES.....	98
3.5. FERRAMENTAS EMPREGUES.....	106
3.6. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	107
3.7. UNIVERSO E AMOSTRA DE PESQUISA.....	111
3.8. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS.....	114
3.8.1. Método de Recolha da informação.....	114
3.8.2. Protocolo de Ética e Garantias aos doentes.....	115
3.8.3. Protocolo de Aceitação.....	120
3.8.4. Envolvimento temporal.....	122
3.8.5. Outros elementos com reflexos nos procedimentos experimentais.....	122
3.9. PROCEDIMENTOS PSICOMÉTRICOS.....	123
3.9.1. Validade Ecológica.....	123
3.9.2. Validade Teórica.....	124
3.9.3. Validade de Constructo.....	125
3.9.4. Validade da Amostra.....	125
3.9.5. Sensibilidade Instrumental.....	125
3.9.6. Estabilidade Instrumental.....	125

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO PRÉVIA DAS FASES DE INVESTIGAÇÃO.....	126
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DA FASE I.....	126
4.2. RESULTADOS EXPERIMENTAIS DA FASE I – IDENTIFICAÇÃO DO CAMPO SEMÁNTICO.....	128
4.3. DISCUSSÃO DA FASE I.....	145
4.4. SÍNTESE DA FASE I.....	157
4.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DA FASE II.....	158
4.6. RESULTADOS DA FASE IIA.....	160
4.7. DISCUSSÃO DA FASE IIA.....	162
4.8. A PASSAGEM DA FASE IIA PARA A IIB.....	164
4.9. AMOSTRA IIB.....	167
4.10. RESULTADOS DA FASE IIB.....	170
4.11. DISCUSSÃO DA FASE IIB.....	171
4.12. SÍNTESE DA FASE II.....	174
4.13. AMOSTRA DA FASE III.....	175
4.14. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA FASE III.....	183
4.14.1. Avaliação do comportamento psicométrico individual das variáveis dependentes face a cada uma das independentes.....	183
4.14.2. Comportamento das variáveis aglutinantes Satisfação e Qualidade de Serviço.....	211
4.14.3. Aplicação do Modelo de equação estrutural (SEM) às variáveis dependentes.....	214
4.14.4. Avaliação do comportamento psicométrico individual das variáveis dependentes – análise de fidedignidade da ferramenta criada.....	235
4.14.5. Avaliação do comportamento do Modelo, sua fidedignidade agregada e demais medições de Validação multivariada.....	238
4.15. SÍNTESE DA FASE III.....	241
5. DISCUSSÃO GERAL.....	243
5.1. DISCUSSÃO FACE ÀS HIPÓTESES.....	243
5.1.1. “Modelo de Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente”... 244	244
5.1.2. “Avaliação no início e fim dos tratamentos”.....	246
5.1.3. “Risco de morte do paciente e sua impactação no serviço”.....	247
5.1.4. “Impacto da idade nas escalas”.....	248
5.1.5. “Impacto das famílias terapêuticas nas escalas”.....	250
5.1.6. “Impacte do grau de instrução”.....	252
5.1.7. “Impacte da cultura Urbana/Rural.....	254
5.1.8. “Impacte do género sexual”.....	255
5.1.9. Teoria Option-choosing.....	256
5.1.10. “Impacte da repetição dos internamentos”.....	257
5.1.11. “Impacte do tempo de internamento.....	258
5.1.12. Apoio psicológico como factor da qualidade e satisfação.....	259
5.2. SÍNTESE DA VERIFICAÇÃO DE HIPÓTESES.....	260

6. CONCLUSÕES	262
6.1. CONTRIBUTOS DA TESE PARA O CONHECIMENTO CIENTÍFICO	262
3.3.3. <i>Contributos não científicos - Produção dos protocolos</i>	264
POSFÁCIO	267
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA NO TEXTO	268
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA NA INTERNET	286

Índice de quadros

Quadro 1 - Definições de qualidade de serviço	20
Quadro 2 - Síntese das definições de satisfação	34
Quadro 3 - Resultados de R2 em estudos de Satisfação do Paciente.....	44
Quadro 4 – Aplicação do Modelo de Dabholkar (1995).....	51
Quadro 5 – Esforço com despesa de saúde nos EUA.....	64
Quadro 6 – Esforço da despesa em saúde na UE em função do PIB	65
Quadro 7 – Participação do doente na tomada de decisão clínica nos EUA	69
Quadro 8 - Definições de satisfação dos serviços de saúde.....	81
Quadro 9 – Ocupação.....	127
Quadro 10 – Escolaridade.....	127
Quadro 11 – Serviço de Origem	127
Quadro 12 – Grupo de Risco	128
Quadro 13 – Categoria Simpatia e atenção.....	131
Quadro 14 - Profissionalismo dos funcionários do IPO.....	133
Quadro 15– Controlo da informação pelo paciente	134
Quadro 16 - Confiança	135
Quadro 17 – Gestão dos tempos de espera	136
Quadro 18 – Relacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde.....	136
Quadro 19 - Catering.....	138
Quadro 20 – Apoio psicológico	139
Quadro 21 - Gestão geral do Hospital	140
Quadro 22 – Instalações do Hospital.....	141
Quadro 23 – Capacidade técnica do Hospital	141
Quadro 24 - Conforto	142
Quadro 25 – Relacionamento na enfermaria	142
Quadro 26 – Imagem estigmatizada do hospital.....	143
Quadro 27 – Comunicação do Hospital.....	143
Quadro 28 – Exposição dos doentes ao sofrimento alheio.....	144
Quadro 29 – Síntese das Comunalidades	146
Quadro 30 – Saturação dos factores.....	147

Quadro 31 – Valores de CFEI por categoria.....	148
Quadro 32 – Diferenciação da VI's sobre as VD's.....	150
Quadro 33 – Valores médios do “Hospital ideal” e do IPO	161
Quadro 34 – Comparação entre grupos IIa e IIb.....	170
Quadro 35 - Idade codificada.....	175
Quadro 36 - Sexo	175
Quadro 37 - Nível escolar.....	176
Quadro 38 - Profissão recodificada.....	177
Quadro 39 - Residência	177
Quadro 40 - Serviço de Origem	178
Quadro 41 - Grau de Risco	178
Quadro 42 - Cruzamento entre risco e serviço de origem	179
Quadro 43 – Teste Chi-Quadrado	179
Quadro 44 - Fase de internamento	179
Quadro 45 - Tempo total da doença codificado.....	180
Quadro 46 - Tratamentos radioterapia.....	181
Quadro 47 - Tratamentos quimioterapia.....	181
Quadro 48 - Tratamentos cirurgia.....	182
Quadro 49 - Número de internamentos codificado	182
Quadro 50 - Tomada de Decisão.....	182
Quadro 51 – Cruzamento da VI's e VD	185
Quadro 52 – Definição dos protocolos clínicos dos sujeitos da amostra	188
Quadro 53 – Comportamento das variáveis aglutinantes	212
Quadro 54 – Definição do quadro de variáveis da equação estrutural	218
Quadro 55 – Mapa de relações entre variáveis da equação estrutural	218
Quadro 56 – quadro-síntese de graus de liberdade do Modelo SEM.....	219
Quadro 57 – Parâmetros regressivos da equação (Modelo base).....	222
Quadro 58 – Peso regressivo das variáveis estandardizado.....	224
Quadro 59 – Intercepts de cada variável (Modelo base).....	225
Quadro 60 – Valores incrementais dos constructos nas variáveis latentes.....	227
Quadro 61 – Relações de covariação (Modelo base)	228
Quadro 62 – Relações de Correlação (Modelo base).....	229
Quadro 63 – Correlações múltiplas quadráticas (Modelo base).....	230

Quadro 64 – Valores projectados por variável para o Universo em estudo	231
Quadro 65 – Efeitos totais estandardizados (Modelo base).....	234
Quadro 66 – Testes de Fidedignidade com base em Alfa-Cronbach	236
Quadro 67 – Teste de fidedignidade de Cochran	237
Quadro 68 – Teste de fidedignidade dos Lambda de Guttman.....	238
Quadro 69 – Resultados do teste CMIN.....	239
Quadro 70 – Bateria de testes de fidedignidade multivariados.....	240
Quadro 71 – Teste RMSEA para determinação da impactação de complexidade induzida.....	240
Quadro 72 – Teste Hoelter de mínimos amostrais	241

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de qualidade de serviço de Christian Grönroos.....	16
Figura 2 - Modelo PZB segundo os autores	17
Figura 3 – Modelo de Satisfação-Acomodação de Bearden & Teel (1983).....	38
Figura 4 – Modelo de Satisfação - Oliver & De Sarbo (1988).....	39
Figura 5 – Modelo de Anderson and Sullivan (1993).....	40
Figura 6 - Modelo de Dick e Basu (1994).....	41
Figura 7 – Modelo EPSI (Westlund et al. 2001).....	42
Figura 8 – Expressão gráfica do Modelo de Equação Estrutural criado	220
Figura 9 – Representação gráfica da equação estrutural com os respectivos indicadores de intercept, estimador e coeficiente.....	232

Agradecimentos

É costume agradecer às pessoas que de alguma forma contribuíram para a produção da pesquisa. Pessoalmente não me agrada o gesto em si, porque quem o fez, fê-lo por amizade, e aos amigos não é apropriado agradecer formalmente as ajudas.

Prefiro substituir o formalismo do acto pela partilha dos resultados, uma vez que seja encerrado o processo Doutoral.

No entanto para que fique uma memória futura das pessoas que ajudaram às diferentes fases do trabalho:

Do IPO destaco os Directores dos Serviços onde estive mais tempo: João Amaral da Dermatologia, Isabel Cabral na Ginecologia, Mendes de Almeida da Cirurgia, os membros da Comissão de Ética que acompanharam o estudo com destaque para o Prof. Doutor Silvério Marques, o Director Clínico do IPO à data da recolha dos dados Luís D'Orey Manoel o qual se envolveu muito para além do que exigia o cargo, e contribuiu com preciosos *insights*.

Entre os académicos contribuíram com ideias e sua discussão o *gentlemen* Prof. Parsu Parasuramam, a Valerie Zeithalm, a Pratibna Dabolkar que não se esquecia de me ir enviando para Portugal os seus *working papers* se considerava que podiam fazer falta para a pesquisa em que eu estava envolvido, o Tor Wallin, o Christian Gröonros e o Evert Gummesson com a sua critica bem escandinava, o Joby John e o Ray Fisk pelo incentivo que deram quando as coisas correram mal. Acima de todos ao Mike Bowers por todas as ajudas dadas, e me ter apresentado à comunidade de especialistas em SERVQUAL quando estive a fazer os seminários doutorais em Vanderbilt, onde se contam os nomes acima mencionados e muitos, muitos outros. Com contributos mais pontuais mas sempre importantes, recordo o Roland Rust, o Swan, o Mark Gabbot, a Mary Jo Bitner, o Chris Lovelock, o Enrique Bigné, a Lena Larson Mosseberg, o Ruben e o Marcos Cobra da Fundação Getúlio Vargas, todos eles com os seus conhecimentos em Marketing de Serviços, o Steenkamp da Warton School que me

“fez a cabeça em água” com os modelos matemáticos de SEM, o Steven Arnold da McGill University com as ajudas na área de comportamento do consumidor, o Charles Colby por ter emprestado o TecQual sem qualquer custo.

Do pessoal de terreno, se assim posso falar, mas que auxiliaram de forma preciosa realizando as entrevistas do serviço de ginecologia, carregando dados, fazendo de júri na avaliação semântica, corrigindo o meu mau inglês na troca de correspondências com os académicos estrangeiros, a rever os textos, a fazer os PowerPoint das apresentações nas conferências, quero recordar o Rui Silva, o Pedro Vieira, o Filipe Ribeiro, o Paulo Marcelino, o Rui Brandão, a Elisa, a Patrícia, a Célia, a Mariana, e a Maria João.

Naturalmente quero lembrar os quase 1000 doentes que participaram nas entrevistas os quais apesar de desgastados pela doença, quiseram colaborar nesse esforço, muitas vezes verbalizando que esse era o seu contributo “para dar cabo desta doença”. Alargo a menção aos muitos anónimos dos participantes do newsgroup cancer.alt.

Glossário de Acrónimos e Siglas

- ACSI** – American Customer Satisfaction Index
- AMA** – American Marketing Association.
- APCER** – Associação Portuguesa de Certificação. Entidade certificadora de empresas em Portugal sob a norma do Instituto Português da Qualidade.
- BVQi** – Representante português da BVQY. Bureau Veritas Quality International. Entidade Acreditadora com norma própria.
- CEO** – Chief Executive Officer.
- CIQ** – Continuous Improvement Quality. Corrente de pensamento no domínio da qualidade.
- DQ** - Entidade Acreditadora com norma própria.
- EFQM** - European Federation Quality Management. Movimento de qualidade oficioso da UE.
- EIC** – Empresa Internacional de Acreditação. Entidade Acreditadora com norma própria.
- EPSI** – European Program Satisfaction Index
- EU** – European Union
- EUA** – Estados Unidos da América
- GDR** – Group Related Disease. Sistema de agrupamento de doenças. Empregue em gestão de saúde para objectivação de custos e criação de sistemas de preços internos.
- INE** – Instituto Nacional de Estatística.
- IPO** – Instituto Português de Oncologia
- ISO** – International Standard Organization
- JCAHO** - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Entidade acreditadora das organizações de saúde nos EUA. Também empregue como designativo das normas emanadas pela referida entidade.
- LRQAP** – Loyds Register Quality Assurance Portugal. Representante de entidade acreditadora com norma própria.
- OCDE** – Acrónimo de *Organisation de Coopération et de Développement Économiques*.
- OMS** – Acrónimo de Organização Mundial de Saúde.
- ONG** – Acrónimo de Organização Não Governamental.
- ONSERQUAL** – Acrónimo de Oncologic Service Quality. Propósito último da presente Tese.
- OSHA 2000** – Norma da ISO que em 2000 deu um salto qualitativo na abordagem da ISO à problemática da qualidade, passando a incorporar a satisfação do consumidor.
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PZB** – Acrónimo com base no nome dos autores do Modelo de avaliação da qualidade da autoria: Parasuraman, Zeithalm, Berry.

QFD – Quality Function Deployment

QS – Qualidade de Serviço

QSCB - Certificação de Sistemas. Entidade Acreditadora com norma própria.

Ref. Net. – Referenciação a bibliografia exclusiva de revistas electrónicas, *sites* oficiais de entidades públicas, e afins.

SC – Satisfação do Consumidor

SEM – Acrónimo de Structural Equation Model.

SERVPREF – Acrónimo de Service Preferences. Modelo que se pretende alternativo ao SERVQUAL desenvolvido por Cronin e Taylor.

SERVQUAL – acrónimo de Service Quality. Modelo desenvolvido por Parsu Parasuraman et al.

SGS – Representante em Portugal da International Certification Services, Entidade Acreditadora com norma própria.

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TC-ISO – Technical Commission – ISO. Comissão técnica intergovernamental para a definição do normativo de qualidade sob designação da ISO

TecQual – Acrónimo de Technological Quality. Ferramenta de avaliação de aceitação de um público às novas tecnologias, designadamente as digitais.

TEP-Scan – Acrónimo de tomografia de emissão de positrões.

TQH – Total Quality in Healthcare. Movimento de aplicação da filosofia de qualidade total à saúde

TQM – Total Quality Management. Corrente de pensamento na área da qualidade.

TÜV – TÜV Rheinland. Entidade Acreditadora com norma própria.

UE – União Europeia

UE15 – Conjunto dos 15 países membros da UE antes das adesões posteriores ao ano 2000.

UE25 / UE27 – Conjunto dos países da UE referidos no Eurostat

Prefácio

Descobri na Oncologia um grau de intensidade em todas as suas dimensões que ultrapassou em muito a expectativa. A principal conclusão que retirei ainda antes de chegar a meio do estudo foi a de que, uma Tese não seria suficiente para analisar este campo. É um trabalho de uma vida e muita pesquisa a realizar.

Algumas vezes senti, quando estudava a prestação de serviços na Oncologia, que desenvolver a investigação no seu seio, era semelhante ao trabalho dos físicos nucleares, que compreendem o nosso universo pesquisando em condições extremas no interior dos seus aceleradores de partículas. Pela sua natureza limite intuo que os modelos e as ferramentas que funcionarem em Oncologia funcionarão em qualquer parte.

Não gostaria de finalizar este prefácio sem especificar um aspecto que é de extrema importância para mim. Porquê a escolha dos serviços de saúde, quando poderia ter escolhido qualquer outro campo de relação forte, como sucede, na área educacional cuja amostragem seria muito mais simples e acessível?

Na minha opinião uma Tese de Doutoramento é mais do que uma investigação, no sentido volumétrico ou cognitivo das palavras. É muito mais do que uma investigação da qual se espera ter qualidade suficiente. Isto poderia ter lugar no decorrer da carreira académica, ou mesmo ser atingido sem um Doutoramento. Tenho o sentimento da existência de um tipo de síntese de vida onde se reverte tudo o que de positivo foi realizado, ou tentado realizar até esse momento. Algo que começou há muitos anos, antes mesmo de pensar fazer um Doutoramento.

Em face disto, a minha Tese Doutral teria necessariamente de conter dois aspectos: ser realizada na área da saúde, sector no qual me iniciei profissionalmente, e com o qual *mantive estreito contacto* durante estes vinte e quatro anos de actividade profissional. Em segundo lugar, teria de ser desenvolvida na área das organizações não lucrativas. Existem já muitos e bons profissionais dedicados às organizações

lucrativas, os quais há muito tempo desenvolvem um trabalho extenso de grande mérito.

Mais uma vez em minha opinião, valendo isso o que quer que valha, alguns problemas dos nossos dias (senão mesmo a maioria) devem-se à preocupação excessiva com aspectos materiais, frequentemente os da formação do lucro, perdendo-se progressivamente o prazer da coisa não monetária: fazer as coisas apenas porque a queremos fazer, e à nossa maneira – mesmo que no futuro compreendamos que não terá sido a forma mais eficiente. As forças económicas (creio firmemente) estão sobrevalorizadas relativamente às humanitárias, isto é, globaliza-se mais rapidamente o lucro do que o Sujeito Humano. Compete-me, à minha escala apenas pessoal fazer o inverso: ir pelo lado positivo das coisas, ir pelo sentido da História.

Em oposição à moda actual do niilismo histórico, creio que o Mundo está a tomar-se melhor, apesar de isso não ser visível em muitas das perspectivas individuais por razões de escala temporal. A contradição nasce não na essência do problema, mas no enviesamento das nossas limitações pessoais, como o do curto período de tempo de vida. Fazer uma Tese Doutoral é como disse, optar por estar do lado positivo da história.

Foi sinteticamente exposto o conjunto de razões de como me seria difícil trabalhar num Doutoramento em áreas em cujas futuras aplicações fossem imediatamente de lucro e contribuíssem para a expressão da competição. Também por isso me agradou o estudo da Oncologia em detrimento de outras alternativas existentes no sector da saúde.

Primeira Parte – Corpo de Texto

1- Introdução

1.1. A actualidade do campo científico a investigar.

Desde o início do programa de investigação a intenção foi a de trabalhar numa área de marketing que combinasse a satisfação do consumidor e a qualidade de serviço, por outras palavras, o processo de entrega, ou como habitualmente é chamado mesmo em trabalhos não anglo-saxónicos, “*delivering*”.

Ambos os conceitos, satisfação e qualidade de serviço, são endógenos ao interface com o cliente, o que os torna em pilares básicos da actividade económica, e da estrutura concorrencial das nações economicamente desenvolvidas.

Actualmente as organizações de sucesso são aquelas que têm capacidade de prever as necessidades do mercado, e as que são capazes de modelizar melhor os interfaces entre o produto ou o serviço propostos, e os consumidores. “*Delivering*” é precisamente isso: Optimizar o interface “fornecedor de serviços – cliente”. Relaciona-se com o “como fazer a entrega” (no amplo sentido da palavra entrega) da proposta de valor ao cliente, de forma a ser ganhadora para ambos os intervenientes económicos.

Uma expressiva parte da investigação em Marketing de Serviços nos últimos vinte anos teve lugar nesta área, da mesma forma que nos anos cinquenta, o problema do interface esteve entregue à engenharia, a qual trabalhou no campo das características ergonómicas dos dispositivos. A transposição conceptual consistiu num género de “ergonomia” das relações de propostas económicas. Trabalha-se desde o *design* do salão de vendas, até ao refinamento de componentes dos produtos/serviços destinados ao consumidor, como sejam as automatizações e vendas no ciberespaço, ou simplesmente, a optimização da relação interpessoal dos funcionários de primeira linha com os clientes.

1.2. A importância do tema

Actualmente todos os sectores da actividade económica estão atentos a este esforço de melhoramento do “*delivering*”. Das companhias aéreas, às ONG, das companhias de seguros às siderurgias, todas elas tentam desenvolver procedimentos capazes de criar vantagens competitivas no interface com o cliente, e assim atingirem os seus objectivos de mercado. Algumas organizações consideraram esta análise e os procedimentos para com os clientes um elemento fundamental da sua actividade (*Xerox, Phillips, British Airways e American Airlines*, todas elas salvas da falência, pela melhoria de resultados económicos obtida pelo aperfeiçoamento da díade satisfação-qualidade percebida). Também as organizações não lucrativas, como a *Greenpeace*, os *Medecins Sans Frontiers* e a *Orbis*, foram projectadas a uma escala planetária e adquiriram uma grande capacidade de captação de fundos, através do trabalho de estudo e compreensão dos clientes contribuidores. Com esta transformação passaram de organizações caritativas locais, a organizações de venda de cidadania responsável, com orçamentos razoavelmente predizíveis, e acção à escala planetária.

Como *campus* de pesquisa experimental desta Tese foram escolhidos os serviços de prestação de cuidados de saúde. A saúde é uma das maiores actividades económicas em todo o mundo, especialmente nos países economicamente desenvolvidos. Emprega nesses países entre 3 a 7% da população activa e representa de 5 a 15% da despesa do PIB. A saúde é também o sector económico mais complexo, pela exposição pública decorrente de todos os cidadãos serem seus consumidores, desde o acto de nascimento à hora da morte; por ter uma enorme interferência na vida privada de cada um; por existirem em todas as tomadas de decisão de política de saúde implicações na gestão corrente e estratégica das organizações prestadoras de cuidados clínicos; e pela enorme diferença de culturas organizacionais proveniente das corporações profissionais colocadas a trabalhar em equipa.

As expectativas para os próximos anos neste sector, apontam em todas as estimativas (OCDE, OMS, UE, etc.) um aumento da despesa, crescimento do envolvimento público, e aumento das exigências de qualidade de serviço por parte dos consumidores. Isto significa que num futuro próximo, senão mesmo já no presente em

alguns países, o sector da prestação de cuidados de serviços de saúde será o maior desafio para os modelos de gestão.

1.3. O caminho escolhido

Era essencial uma escolha de especialidades clínicas com impacto epidemiológico, para terem a capacidade de providenciar uma amostra suficiente. A aplicação deveria ter interesse social, e não se sobrepor com trabalhos desenvolvidos por outros colegas no mesmo campo, designadamente nos EUA e na Europa.

Inicialmente os objectivos do programa de pesquisa situavam-se na linha de tendências da investigação em marketing de serviços, por outras palavras, indo das ferramentas gerais para as de intervenção específica. Assim sucedeu com o modelo base desta Tese, o qual após o seu aparecimento foi adaptado aos mais diversos sectores de actividade económica. Estava-se interessado na possibilidade de adaptação de um instrumento de medição de qualidade de serviço, o SERVQUAL, ao campo específico dos cuidados de saúde oncológicos (ou pelo menos havia a suspeição de que tal seria possível) e de que ao estudá-lo nesse contexto se encontrariam novas variáveis envolvidas no acto do “*delivering*”.

Várias razões contribuíram para a escolha desse Modelo. O SERVQUAL é o instrumento de medição da qualidade do processo de *delivering* melhor validado nas suas características métricas, e mais testado em diferentes campos da actividade económica (na sua forma genérica). Existem também alguns artigos científicos que fizeram a sua adaptação ao campo dos cuidados de saúde. Tais pesquisas são paradigmáticas, devido aos autores e publicações envolvidas, e também devido à sua larga aplicação em hospitais por todo o mundo.

Apesar da qualidade intrínseca dessas publicações, considerou-se que continham um problema conceptual: o serem genéricas. Elas próprias clamaram a necessidade de uma investigação mais profunda, por especialidade clínica ou área hospitalar, tão grandes são as diferenças de realidade quando se descortina o que se passa em cada especialidade médica: faixas etárias cobertas, formas de estar na vida, perspectivas de

vida (e de morte), abordagens clínicas e sócio-psicológicas. Entrar numa das especialidades clínicas significa entrar numa fracção da medicina e simultaneamente numa realidade própria da relação do Ser Humano com a vida. Presume-se que isto seja verdade para todas as especialidades médicas, com tão maior intensidade quanto o risco de morte associado.

A Oncologia revela propriedades muito especiais com interesse científico. É um lugar onde tudo é extremo: o risco de morte do paciente, a intensidade da relação entre o prestador de serviço e cliente/doente, a qualificação profissional dos prestadores de serviço, a extensão temporal da relação, e (em Portugal) a quase ausência de facturação nos cuidados prestados, para além de outros aspectos que serão referidos mais tarde.

1.4. O Contributo de Portugal

Para finalizar esta introdução, apenas umas breves palavras sobre o sentido histórico para o desenvolvimento desta pesquisa em Portugal. No mais antigo hospital Português, o Hospital Termal das Caldas da Rainha, fundado em 1512, pode ser encontrado nas suas instruções constitucionais, ordenadas pela Rainha D. Leonor, (“O Compromisso da Rainha”, 1512), muitas das actuais preocupações relativas à equidade no acesso aos cuidados de saúde e à qualidade do serviço ao cliente.

Refere-se aí uma tarifa diferente para prestar os cuidados de acordo com os rendimentos dos pacientes, a determinação de qualificações e competências de todos os funcionários, o estabelecimento de regras de gestão corrente e patrimonial, a consideração da necessidade de dar apoio psicológico aos doentes internados, e a humanização de serviços, inseridas é claro no contexto temporal.

Apesar do texto Português não ser tão antigo como outros documentos referentes à qualidade nos serviços de saúde, como o juramento de Hipócrates e o livro Chinês “O espelho dourado”, é a mais antiga referência portuguesa feita à qualidade dos serviços de saúde em moldes quase modernos. Avançado para a época, e mesmo relativamente ao que se fazia na Europa da Renascença.

1.5. A estrutura da Tese

A Tese organiza-se em duas partes: a primeira contém a componente de texto, isto é, a introdução e a revisão da literatura genérica de suporte à pesquisa. Apresentam-se as literaturas fundamentais de qualidade de serviço e de satisfação. Dasse também uma panorâmica dos custos sociais com a prestação dos cuidados de saúde nos países ocidentais e depois particulariza-se nas literatura de qualidade de serviço e satisfação especificamente aplicadas à Saúde. A segunda parte é a do trabalho de campo. Compõem-na um *track field* que enquadra o leitor na problemática da Oncologia em geral, e situa a pesquisa de outros investigadores que trabalham na mesma área. Seguem-se a Metodologia, Resultados e Discussão. Por fim apresenta-se a Bibliografia referenciada no texto

1.6. Objectivos da Tese

Para a realização da Tese visaram-se objectivos primários e secundários. O primeiro foi o de saber se era possível fazer uma ferramenta de avaliação de qualidade de serviço hospitalar, especificamente vocacionada para a Oncologia com recurso ao Modelo SERVQUAL, ou caso isso se revelasse difícil, encontrar uma forma de ultrapassar o problema. Nos objectivos secundários, tentar responder a perguntas ainda em aberto no domínio da avaliação da qualidade de serviço designadamente do comportamento dos elementos demográficos em populações envelhecidas e/ou debilitadas. Do mesmo modo nos restantes elementos sociológicos, demográficos e afins, que já dispõem de rumos apontados mas não resolvidos, contribuir para a discussão com novos dados. As hipóteses serão colocadas em função das respostas a estes elementos.

1.7. Principais elementos metodológicos

Um elemento de importância estratégica para a presente Tese foi o de se apostar numa amostra tão extensa quanto se consiga, na medida em que uma das dúvidas que fica nas leituras dos artigos de referência, é a da dimensão das amostras, que devido à complexidade de recolha de sujeitos neste campo de pesquisa, em média são pouco

acima dos 100 sujeitos, e quando se particulariza numa especialidade clínica, tende a baixar muito desse valor.

A metodologia geral empregue, recorre a uma fase exploratória que identifique se as classes semânticas, emocionais, e cognitivas empregues pelos doentes correspondem às estruturas constantes na literatura genérica. Após esse passo, desenvolver uma versão SERVQUAL para a Oncologia Hospitalar. Em caso contrario identificar os problemas e contorna-los no sentido de procurar respostas com capacidade applicativa. Se possível modelizar os dados. Finalmente pretende-se dar grande importância ao estudo das características psicométricas da ferramenta a produzir, na medida em que a falta de conhecimentos nesta matéria é um dos elementos mais criticados na literatura científica de Qualidade e Satisfação em Serviços.

2. O Enquadramento Teórico

Apesar de muitas vezes se utilizar indiferenciadamente a qualidade de serviços e a satisfação do consumidor como elementos idênticos, optou-se por separar os dois constructos, na medida em como se verá, alguns autores colocam uma diferenciação profunda entre eles. Essa separação ajuda a perceber como historicamente evoluíram de modo muito diferente, partindo de raízes, períodos históricos distintos e como respostas a problemas também eles diferentes, para depois convergirem nos últimos trinta anos para uma situação de quase identidade.

Dadas as particularidades do sector económico na praxis de prestação de cuidados de saúde, introduziu-se um apontamento, para melhor se enquadrar a pesquisa.

2.1. A qualidade e a qualidade do serviço

A qualidade tem um longo historial ligado às preocupações de *output* industrial, e por isso numa visão e desenvolvimento intimamente ligados à Engenharia. Só no último quartel do século passado se emancipou dessa génese passando a uma perspectiva mais ampla, sendo essa amplitude nos âmbitos económico (englobamento de todos os sectores da economia, designadamente os serviços), e dos discussores da qualidade (passando apenas da leitura dos técnicos, para uma de mercado onde o cliente tem a palavra decisiva).

De 1977 em diante com o nascimento formal do “Marketing de Serviços” estava aberto o caminho para que pudesse vir a ser um constructo de *per se*. Do meio dos anos 80 em diante começou a estruturar-se um corpo de pensamento próprio, o qual viu em 1991 consignado pela American Marketing Association na sua Conferência anual “Frontiers in Services” a definição da linha da frente das ciências que tratam com o Marketing de Serviços, e por essa via, a afirmação da Qualidade de Serviços como uma área maior do Marketing de Serviços.

Hoje a qualidade de serviços, é uma das principais áreas de pesquisa em marketing de serviços, assistindo-se a uma pujante produção científica, no sentido de especialização dos conhecimentos e ferramentas, algumas delas adiante apresentadas, bem como uma grande incidência no conhecimento do comportamento dos elementos demográficos face às ferramentas e estímulos.

2.1.1. Definições de qualidade com relevância posterior para a de serviço

O questionamento do problema da qualidade iniciou-se há muitos anos, quando no início do século XX se começou por questões de segurança a produzir regras técnicas para a indústria eléctrica. Mais tarde em 23 de Janeiro de 1947, 25 países alargaram o âmbito e formaram a International Standard Organization (ISO) que hoje congrega a quase totalidade dos países sendo já 158 em 2007 (Ref. Net.ISO 2007). Essa reflexão foi motivada como se disse por razões de segurança, e demonstrou que os produtos com mais qualidade produziam melhores resultados industriais em todos os aspectos: compatibilidade entre partes, aspectos de segurança para os trabalhadores e para os utilizadores, produtividade, etc. (op. cit.).

A teoria da qualidade é no essencial uma história de produção de regras para a standardização de todo o tipo de produtos durante os últimos cinquenta anos. As regras são em cada sector estabelecidas de acordo com as comissões técnicas (TC-ISO)¹ as quais são órgãos colegiais representativos dos profissionais e dos Estados. Actualmente existem 193 TC-ISO (Ref. Net. ISO, 2007) a que se juntam mais 64 ad-hoc, as quais definem, criam e gerem para cada sector, o que for considerado uma “conformidade de qualidade”. Actualmente existem 16.456 regras de qualidade à data de 31 de Dezembro de 2006, (Ref. Net ISO - *JNH* brief, 2007) estando mais 6.680 “*working papers*” em discussão² na mesma data (op. cit.).

A comunicação ao mercado do uso das normas ISO garante ao consumidor que o que foi produzido (produto ou serviço) está de acordo com as “conformidades” definidas

¹ Para maior detalhe ver Anexo número 1.

pela ISO para essa categoria. Isto significa que o produtor garante o acompanhamento das regras TC-ISO para o seu produto ou serviço, e de que aceita receber auditores independentes, de forma a certificar que a sua empresa segue o “Manual de Qualidade”, no qual estão escritas as conformidades aplicadas durante as fases da produção e entrega.

Na actualidade a definição ISO para a qualidade é: “a totalidade das características do produto ou serviço que são sustentadas pela sua capacidade para satisfazer as necessidades declaradas ou implicadas” (IPQ, 2005).

Centenas de milhar de empresas por todo o mundo estão agora integradas no sistema ISO. Mesmo em Portugal, onde este processo se iniciou apenas no final dos anos 80, existiam à data de 30 de Setembro de 2005, último balanço oficial, 6.214 empresas reconhecidas como certificadas na totalidade da sua actividade, ou em partes de processo produtivo (IPQ, 2005).

Diferentes entidades garantem de modo independente o cumprimento das normas ISO. Em Portugal elas são a APCER³, com 3393 certificações, a BVQi⁴ com 533 empresas, a EIC⁵ com 571 empresas, a LRQAP⁶ com 164 empresas, a SGS⁷ com 1388 empresas, a QSCB⁸ com 13 empresas, a DQ⁹ com 41 empresas, e a TÜV¹⁰ com 111 empresas.

² O circuito de discussão e aprovação é longo. Por exemplo no ano de 2006 só deram entrada no circuito internacional 1388 novas aprovações, ano de excepcional aprovação. (Net Ref. Iso 2007). Compare-se com as 308 de 2005 (Net Ref. Iso 2006).

³ Associação Portuguesa de Certificação

⁴ BVQi Portugal, representante da BVQY

⁵ Empresa Internacional de Certificação

⁶ Loyds Register Quality Assurance Portugal

⁷ SGS ICS International Certification Services

⁸ QSCB – Certificação de Sistemas ISO

⁹ DQ Cert

¹⁰ TÜV Rheinland Portugal

A diferenciação das Entidades referidas é elevada, e devida à existência de um elevado grau de especialidade, dedicando-se cada uma a determinados protocolos de qualidade ou sector de actividade.

Se existe uma boa aceitação genérica para as normas ISO, registam-se também muitas críticas à metodologia empregue, impacto na gestão corrente, proveitos a longo prazo, processo de inovação, e orientações estratégicas para as empresas que estão integradas no sistema ISO. Por exemplo, critica-se como o faz a Escola de Teoria da Qualidade Norte Americana¹¹, o facto de se integrar tudo o que se referir à qualidade no Manual de Qualidade, pois isso significa que a empresa tem mais dificuldades em implementar uma cultura de inovação devido a existirem vários processos burocráticos para cada desenvolvimento ou modificação de procedimentos.

Existem alternativas que podem atingir igualmente bons resultados no processo de qualidade, e que não são “congelantes das inovações” como o serão as da ISO. As principais alternativas ao sistema ISO são: a teoria do “Melhoramento Permanente da Qualidade” de Juran (Juran & Godfrey, 1999), o sistema EFQM (European Federation Quality Management) lançado em 1988 por 14 CEO de grandes empresas europeias e da Comissão Europeia, que constituíram uma Fundação com o propósito de aliar as metodologias da qualidade à estratégia empresarial (Net. Ref. EFQM, 2007). Os “Círculos de Qualidade” ou Círculos Kaizen, originados a partir das teorias de Deming, Shewart e Tagushi, onde se associa a forte participação dos empregados no processo de qualidade e de simultânea valorização do trabalho (Imai, 1986), e a Função de Inserção de Qualidade (QFD - Quality Function Deployment), mais conhecida por “Casa da Qualidade” de (Hauser & Clausing, 1988).

No campo dos serviços de saúde pelas suas especificidades, duas teorias derivadas do âmbito geral, e desenvolvidas mais adiante, a detalhar no ponto 2.5, esteve Donabedian inspirando-se em Juran (Berkowitz, 1998 Net.Ref.), e o King’s Fund desenvolvido para o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido em 1948, partindo de

¹¹ *Quase todas as correntes o fazem: Escola da Qualidade de Juran, a JCAHO, entre outras.*

uma Fundação criada em 1897 pelo Príncipe de Gales (Ref. Net. Kings Fund's History, 2006).

2.1.2. A aplicação do conceito de qualidade ao Marketing de Serviços

A discussão da qualidade na área do marketing de serviços é como se disse relativamente recente. Também por isso as primeiras referências ao marketing de serviços foram realizadas em 1977 por Lynn Shostack na sua Tese de Doutoramento. (cit. in. Brown, Fisk e Bitner, 1994)¹² e revertido no artigo seminal da qualidade em *Marketing de Serviços* (Shostack, 1977).

No início dos anos 80, a Xerox, a American Airlines e a Philips, estiveram entre as primeiras empresas a utilizar como ferramentas de Gestão, a qualidade de serviços e a satisfação do consumidor. Nessa época, não estava claro o que era qualidade de serviços e o que era satisfação. Seguia-se muito o senso comum, e esse diz-nos que quando nós melhoramos a qualidade dos produtos ou dos serviços, o cliente fica mais satisfeito e por conseguinte aumenta a sua lealdade à marca, empresa ou local de venda. Por outras palavras, era entendido ser importante ter uma boa qualidade porque disso resultava uma maior satisfação entre os clientes e consumidores, a qual por sua vez melhorava a lealdade destes, e assim se aumentavam os lucros (Forza e Filippini, 1998). Este quadro mental é muito intuitivo e portanto de fácil aceitação.

Por a realidade ter demonstrado não ser tão clara como previa essa perspectiva, torna-se obrigatório analisar a literatura científica sobre o tema, para encontrar alguma relação entre a teoria e o mundo real.

De facto, a crença de que a qualidade (em sentido lato) conduz o consumidor para uma posição estratégica de “centro de receita” tem algo de excessivo. Tal como a satisfação do cliente, a qualidade do serviço (ou a qualidade industrial) é apenas uma ferramenta para tentar gerir correctamente as empresas dentre muitas outras ao dispor do Gestor. Assim sendo, as políticas de qualidade de serviço, podem apenas dizer ao cliente que: primeiro, a empresa que apresenta ao público um posicionamento de

¹² Não foi possível aceder a tal documento, o qual se encontra na Universidade do Arizona (ASU)

qualidade, tem esse tipo de preocupação quando os produtos ou serviços são entregues. Segundo, que garante fazer tudo o que está escrito no Manual da Qualidade, isto é, que os produtos ou serviços são feitos da forma descrita no Manual. Falta saber se o que está escrito no Manual de Qualidade está correcto, ou mesmo se é desejável. Devido a estas limitações, várias críticas adiante identificadas, são feitas à definição e à estrutura do conceito de qualidade.

Uma das teorias dominantes sobre a qualidade em serviços advém de Christian Grönroos (1983), o qual afirma a existência de duas formas de qualidade relevantes em todos os serviços prestados: A “qualidade técnica”, geralmente não disponível ao público, baseada em medidas e procedimentos objectivos desenvolvidos no âmbito da produção. Corresponde às preocupações históricas das Teorias da Qualidade, que foram o objecto de preocupação central no período de domínio da engenharia e consiste naquilo que o cliente recebe durante a sua interacção com a firma.

A outra componente é a “qualidade funcional”, esta diz respeito à forma pela qual o serviço foi entregue. Apesar de estar directamente relacionada com o cliente é muito mais difícil de medir devido à sua subjectividade. Além disso as pessoas apercebem-se da qualidade funcional de uma forma pessoal, e não de uma forma objectiva.

Ainda existe uma terceira questão na teoria de Grönroos: a da categoria da imagem, mas esta questão não é tão trabalhada como as outras duas, sendo explicada melhor pelas teorias da marca e teoria da imagem corporativa. Com o passar dos anos Grönroos tem aproximado progressivamente dos modelos mais centrais do marketing de serviço, designadamente do decorrente da Gap Theory, conforme se verifica ao longo do seu último livro (Grönroos, 2007)¹³.

¹³ (...) choosing a service perspective as main strategy does not mean that less attention than otherwise will be paid to production technologies and technical quality of core solution. On the contrary, (...) the firms are require to develop a better product platforms for core services-based competitive advantage. (op. cit. 2007, p6.). É nítida a aproximação à lógica do GAP de Parsuraman et al.

As duas principais dimensões da teoria de Grönroos são muito diferentes numa escala de objectividade-subjectividade. A qualidade funcional é mais subjectiva do que a qualidade técnica, e provavelmente mais importante. Para explicar isto, Grönroos (op. cit. 1983) ilustrou com um exemplo onde um cliente aceita uma performance menos boa (qualidade técnica, a que chamou *technical performance*), durante algum tempo, se existirem boas relações interpessoais (qualidade funcional).

Uma razão que contribui para a maior importância da qualidade funcional face à qualidade técnica é a de que os clientes muitas vezes não têm a capacidade para fazer uma avaliação técnica sobre o produto ou serviço que compram. Para compensar isso colocam mais ênfase no aspecto que controlam, o que significa aumentar a importância relativa da relação. A evolução do pensamento de Grönroos não compromete contudo esta leitura, apenas ressitua a supremacia da relação numa forma mais paritária com a técnica.

Uma alternativa ao Modelo de Grönroos surge no ano seguinte com Garvin (1984), e a definição da qualidade de serviços segundo a categorização estratégica da proposta de valor ao mercado. O autor propôs cinco categorias: com base no valor (*“value-based”*) relacionada com o preço; com base na produção (*“manufacturing-based”*), fundamentando-se nas conformidades e outras especificações técnicas; com base no produto (*“product-based”*), assente em medidas objectivas; com base no utente (*“user-based”*), fundamentada no ponto de vista e necessidades do cliente; e transcendente (o grau da excelência prestado no serviço). Como se pode observar existe na proposição de Garvin várias semelhanças entre esta perspectiva e a metodologia da “House of Quality” de Hauser e Clausing (1988), na qual se visa integrar o reconhecimento da proposta de valor pelo cliente, com o processo de geração e gestão da inovação, e ambas as instâncias com a qualidade do serviço prestado ao cliente.

Também Reeves e Bednar (1994) propõem um modelo alternativo para explicar a qualidade de serviços. Colocam maior ênfase na necessidade de definição da qualidade, descrevendo que existem diferentes componentes que serão muito difíceis, se não impossíveis de atingir para se obter uma definição de qualidade que inclu

todas as dimensões nela existentes. Na realidade, dependendo do contexto em que se é incluído, o conceito de qualidade é usado por diferentes pessoas com diferentes sentidos.

Parasuraman, Zeithalm e Berry, durante a segunda metade dos anos 80 (Parasuraman et al. 1985), fizeram uma distinção clara entre satisfação e qualidade de serviço, o que foi um grande passo para a purificação desses conceitos. Eles não negaram a relação profunda entre os dois factores, mas assumiram que estes devem ser tratados de formas diferentes. A base da perspectiva PZB (como é geralmente conhecido o modelo proposto por estes autores) é a desconfirmação¹⁴ das expectativas do cliente, por outras palavras, a satisfação é obtida quando o cliente compara o que recebe durante o serviço no processo de *delivering*, e aquilo que deveria receber no seu entendimento. Quando recebe mais do que aquilo que esperava existe satisfação, quando é muito ultrapassado o nível das expectativas há o estado de “deliciamento” (do inglês *delight*), quando o que recebe fica abaixo da expectativa então existe insatisfação. A diferenciação entre não satisfação e insatisfação é mais complexa e tratado posteriormente.

Como se pode observar a percepção da qualidade dos serviços, para estes autores encontra-se próxima da de um outro autor de referência, Oliver (1982) cit. in. Martin-Hirsch (1998)¹⁵, que mais tarde vem dar origem a muitos dos trabalhos actuais, uma vez que para eles, (PZB e Oliver) a percepção da qualidade de serviços está fundamentada na componente cognitiva da atitude (julgamento), e concordam que a satisfação é apenas uma situação discreta desse julgamento. Por exemplo, pode-se ir frequentemente a um restaurante apreciado, e uma das vezes não se gosta tanto como das anteriores. O resultado é uma refeição não satisfatória, mas ainda é possível

¹⁴ Do inglês “*disconfirmation*”. Este termo foi integrado no dicionário inglês pela American Marketing Association, pretendendo exprimir uma comparação entre a expectativa e o resultado concreto obtido. No dicionário técnico da AMA 2006 aparece: “*disconfirmation* refers to a situation in which a product performs differently than expected prior to purchase. *Positive disconfirmation* occurs when the product performs better than expected; *negative disconfirmation* occurs when the product performs worse than expected”

¹⁵ Não se conseguiu consultar este livro há muito esgotado.

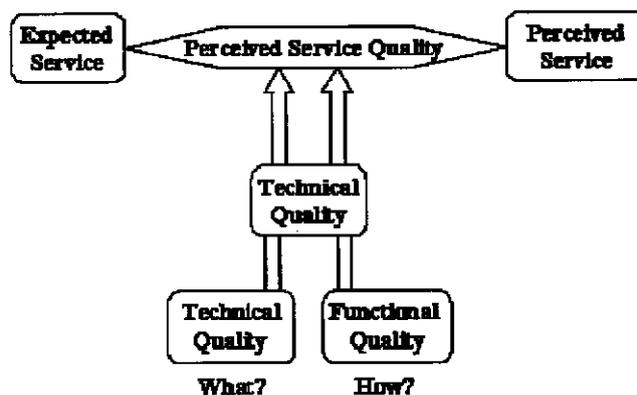
manter uma atitude positiva em relação ao restaurante. Foi realizado um julgamento sobre o facto, tomando em consideração um vasto conjunto de análises e experiências, e sintetizado num acto discreto consumado no futuro retorno. Mais tarde voltar-se-á ao Modelo PZB com maior detalhe quando se trabalhar os aplicativos da avaliação da qualidade

As teorias mais recentes são no essencial desenvolvimentos do trabalho dos pioneiros, ou meras composições lineares destes. Conceptualmente, não existem verdadeiras rupturas no sentido de um paradigma epistémico de Thomas Kuhn (1962)¹⁶.

2.1.3. Os principais modelos da qualidade de serviço

Como foi dito anteriormente, Grönroos foi um pioneiro dos modelos modernos de definição da qualidade de serviço. Embora ele tenha uma importância acessória para o caminho escolhido nesta pesquisa, importa compreender a génese do seu pensamento. Ele organizou o seu modelo tal como a figura nº 1.

Figura 1 – Modelo de qualidade de serviço de Christian Grönroos



Fonte: Grönroos, C. 1993¹⁷.

Neste modelo, a imagem assume um papel muito importante afectando ambas as instâncias da qualidade. Sendo um modelo de qualidade de serviço, o modelo de

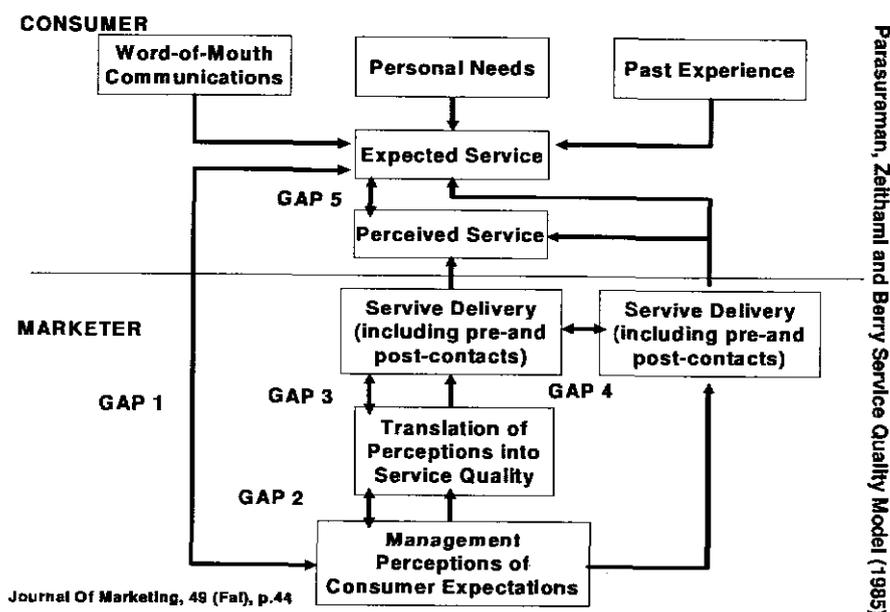
¹⁶ Consultado a partir da Edição Francesa de 1983.

¹⁷ Manteve-se a designação em inglês para se poder dispôr da própria figura digitalizada

Grönroos tem também uma grande importância em áreas como o campo da imagem corporativa, mais tarde estudada e desenvolvida nos trabalhos de Tor Wallin, (1997; 1999; 2004) assumindo hoje a sua plenitude principalmente nos domínios do *branding* e de estratégia em Gestão de Serviços, e não tanto aqui na Avaliação da Qualidade e Satisfação em Serviços.

O segundo grande desenvolvimento surge com o modelo PZB, constante na fig. 2. Iniciou-se em 1985 para medir os intervalos existentes no seio das estruturas da qualidade de serviços. A beleza deste Modelo reside na capacidade de isolamento dos “*gap*’s” e sem perder rigor científico, dá uma ajuda preciosa à tomada de decisão empresarial. Por ter estas e outras virtudes acabou por se tornar o ponto incontornável da Avaliação da Qualidade e Satisfação em Serviços, ao qual defensores e detractores recorrem para evoluir nas revisões bibliográficas dos seus artigos.

Figura 2 - Modelo PZB segundo os autores



Fonte: Parasuraman, P. Zeithalm, V. & Berry. L. 1985; pag. 41-50¹⁸.

¹⁸ Manteve-se a designação em inglês para se poder dispôr da propria figura digitalizada

No modelo PZB há cinco tipos de intervalos: O primeiro é aquele que existe entre os gestores do serviço e os consumidores. Vários estudos para além do dos autores proponentes do modelo, por exemplo o de Enders, A. (Net. Ref. 2006), demonstraram que um dos maiores problemas da gestão da qualidade de serviço era a diferença de percepções existente entre profissionais e consumidores: aquilo que os gestores percebem sobre as necessidades e desejos dos consumidores é geralmente diferente daquilo que os consumidores esperam do serviço de *delivering*. Isto é verdadeiro não só para os serviços mas também para os produtos (op. cit.). Uma consequência deste primeiro intervalo ou “Gap 1”, na terminologia do modelo de intervalos PZB, é a de que as companhias que colocam relevância nos produtos ou serviços de *per se*, não sentem a proposta de mercado como a solução para uma necessidade dos consumidores.

O segundo intervalo, “Gap 2”, é aquele estabelecido entre a percepção dos gestores face às expectativas dos consumidores, e a transição dessas percepções para o campo específico da qualidade de serviços. Por outras palavras, por vezes os gestores interpretam correctamente as expectativas dos consumidores mas não têm a capacidade de transformar isso em boa qualidade de serviços.

O terceiro intervalo, “Gap 3”, situa-se na tradução das percepções em especificações da qualidade de serviço, e no processo de “*delivering*”. Um problema neste intervalo resulta numa má inter-relação com o consumidor, a qual pode assumir duas formas: se iniciada num *pre-delivering* dificultará as vendas, se ocorre depois das vendas, dificultará o trabalho de fidelização do cliente.

O quarto intervalo, “Gap 4”, situa-se entre o serviço de entrega, e a comunicação com o consumidor. Um problema neste intervalo pode exprimir todas as patologias conhecidas no processo comunicativo com o consumidor: demasiadas expectativas da parte deste em relação ao produto/serviço ou à empresa, mal-entendidos entre as partes, dificuldade em interpretar as mensagens, etc.

O quinto e último intervalo, “Gap 5”, ocorre entre os serviços realmente percebidos e os serviços esperados pelo cliente. Os problemas neste quinto

intervalo resultam numa percepção de sobrevalorização do valor proposto pela prestação dos serviços, problemas de posicionamento do produto/serviço ou da empresa, insatisfação do consumidor, etc.

Em resumo, temos um intervalo de interface (Gap 1), três intervalos decorrentes de processos internos do trabalho do *marketeer* (Gap, 2,3,4) e um processo interno do consumidor (Gap 5).

Para medir os intervalos, os autores desenvolveram dez dimensões que operam sobre a qualidade de serviço: confiança, que significa o nível de consistência da performance dos serviços, a competência, que expressa o preenchimento das capacidades e os saberes necessários para o desempenho do serviço; os tangíveis, avaliados pela evidência física que tangibiliza os serviços, por exemplo, edifícios, *layouts*, salões de exposição, uniformes, etc., prontidão de resposta, que é a capacidade dos empregados da companhia em agirem rapidamente após o pedido de serviço. A acessibilidade, consiste na possibilidade do consumidor poder chegar ao consumo de um dado bem ou serviço no local mais conveniente e da forma mais conveniente. O seguinte aspecto é o da segurança, o qual expressa a evitação de risco incorrido percebido pelo cliente, por exemplo, o dar garantias aos consumidores, possibilitar a devolução do produto (ou a interrupção do serviço, etc.); credibilidade, significa a capacidade para expressar no mercado a honestidade do *delivering*, compreendendo-se o consumidor gera-se a capacidade para realmente interpretar as suas necessidades, desejos e crenças, e expressar estes aspectos no mercado; comunicação é a capacidade de falar a “mesma linguagem” que o consumidor. Este é um caminho com dois sentidos, já que implica que o consumidor não só será compreendido, como ele próprio será capaz de apreender as mensagens da companhia proponente do serviço; o último aspecto é a cortesia, a qual consiste na capacidade de transmitir a manifestação de respeito na relação com o consumidor, e gerar um clima agradável entre as partes.

Para medir este modelo de qualidade do serviço foi desenvolvida mais tarde uma ferramenta em formato de inquérito designada SERVQUAL, Parasuraman et al.,

(1988). Dada a importância crítica para a presente Tese, este modelo será desenvolvido de forma aprofundada em local apropriado.

Outros autores estabeleceram definições diferentes sobre a estrutura de qualidade de serviços. No Quadro 1 apresenta-se uma síntese do que foi encontrado durante o levantamento bibliográfico. Não sendo teorias tão centrais para a investigação, são as que amiúde aparecem nos vários artigos, como sendo contributos significativos para o conhecimento do constructo de qualidade em serviços.

Quadro 1 - Definições de qualidade de serviço

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Cialdinni, Bassett et al.	1978	Desconfirmação	Dimensões objectivas da qualidade do serviço: custo, Performance de output, Habituação, inovação tecnológica, confiança e atracção estética. Qualidades dos fornecedores de serviços: Solidariedade social, responsabilidade, honestidade, empatia, custo e qualidade sensitiva.
C. Grönroos	1978 / 1983		Qualidade técnica do resultado; qualidade funcional do serviço disponível; imagem corporativa.
Lehtinen & Lehtinen, cit. In Leblanc et al. 1997 ¹⁹	1982	Qualidades físicas (equipamento, premissas e tangíveis); imagem da empresa Qualidade corporativa: imagem e perfil da organização; qualidade interactiva: contacto do cliente com os serviços de pessoal e com outros clientes.	

¹⁹ A referência é a um livro que não se conseguiu encontrar.

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
C. Lovelock (auto referência no seu livro de 1998)	1983	Comparando aquilo que as pessoas esperam do serviço, e aquilo que vêm e recebem no momento de encontro em que o serviço é prestado	
Dodds & Monroe	1984	Desconfirmação	
Garvin	1984	Objectivo: com base no produto e com base na construção Subjectivo: com base no utente	
Maister	1985	Comparação da percepção do cliente face ao que recebe em relação às expectativas daquilo que deveria receber	40 Dimensões
Holbrook & Corfman	1985	Intuída vs. Qualidade objectiva	
Jacoby & Olson (revisto em Chen et al.)	1985 2003	Intuída vs. Qualidade objectiva	
Parasuraman, et al.	1985	Desconfirmação	SERVQUAL: dez dimensões
Beddowes, et al.	1987	Desconfirmação	
Haymond-Farmer	1987	Serviços que vão de encontro às preferências dos consumidores	Instalações físicas, disponibilização de bens, localização, <i>layout</i> , fiabilidade das instalações, fluidez de processo ²⁰ , capacidade de balanço, controlo de fluidez, processo de flexibilidade, (19 dimensões)

²⁰ Do inglês "flow process". No entanto no jargão industrial o conceito de "flow process" possa ser entendido como a boa organização do processo produtivo como um todo, e não apenas no aspecto da fluidez do processo. Nota do autor.

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Zeithaml (cit. pela autora em 1996)	1987	Qualidade visível é o juízo do consumidor acerca do desempenho de excelência ou superioridade de uma entidade	
C. Grönroos	1988		Profissionalismo e capacidades, reputação e credibilidade, comportamento e atitudes, Acessibilidade e flexibilidade, confiança; fidedignidade
Parasuraman, et al.	1988 1991 1993	Uma forma de atitude, relacionada mas não equivalente à satisfação, e resultados de uma comparação de expectativas com percepção da qualidade	SERVQUAL: cinco dimensões
M. J. Bitner	1990	O juízo do consumidor sobre uma marca define a excelência e a superioridade	
Brogowicz et al.	1990	Desconfirmação	Informação e Feedback das lacunas ²¹ relacionadas; lacunas de design; lacunas de implantação; lacunas relacionadas com a comunicação; lacunas de percepção-expectativa do cliente
Babakus & Boller	1992	Desconfirmação	Correcções ao SERVQUAL
Babakus e Mangold	1992	Desconfirmação	Adaptação à área hospitalar
Berry e Parasuraman	1992	Desconfirmação	Ajustes ao SERVQUAL
Cronin & Taylor	1992	Desconfirmação	SERVREF (como resposta ao SERVQUAL)
Funston	1992	Comparação entre o que o cliente espera receber com as suas percepções do que na realidade receberam	Serviço imediato, menos contactos, acessibilidade, confiança, capacidade de resposta, custo
Wirtz e Bateson	1992		Estados afectivos antecedentes à qualidade

²¹ Do inglês "gap" da "Gap theory". nota do autor.

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Babakus & Inhofe	1993	Desconfirmação	
Babakus, Pedrick e Inhofe	1993	Desconfirmação	
Boulding et al.	1993	A diferença entre as expectativas “será” e “deveria”	Qualidade global Nível do serviço
Zeithaml, et al.	1993	Comparação entre serviço desejado e serviço visível.	Análise dos Gap's
Berkley, & Guptz	1994	Desconfirmação	Constructos: confiança, Capacidade de resposta, competência, acesso (aproximação e facilidade de contacto), comunicação, segurança, compreensão /conhecimento do consumidor
Georgantzas e Madu	1994	As diferenças entre as expectativas dos consumidores e as percepções da qualidade.	
Ghobadian, et al.	1994	Medida da extensão para a qual o serviço de entrega vai de encontro às expectativas do consumidor	Confiança, capacidade de resposta, Personalização, credibilidade, competência, acesso, cortesia, segurança, comunicação, tangíveis, compreensão / conhecimento do consumidor.
Kelley e Davis	1994	Expectativas previstas para a recuperação do serviço	O pessoal / instrutores, conveniência da localização, forma como os empregados compreendem as necessidades de desempenho do serviço.
Rosen e Drew	1994		Garantia: articulação comunicação, credibilidade, segurança, competência e cortesia; outros factores: tangíveis, confiança, capacidade de resposta, Conhecimento / compreensão do cliente e acesso
Samson e Parker	1994	Aptidão para uso (de Gavin)	Comunicação, tangíveis, garantia, confiança, empatia, críticas pós trabalho, Criatividade, iniciativa, fidelidade.

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Akan	1995	Desconfirmação	Solidariedade e competência; comunicação; tangibilidade; conhecimento e compreensão do cliente; rigor e rapidez de serviço; solução dos problemas
Liljander e Strandvik	1995	Um julgamento cognitivo	
Rust, et al.	1995	Resultados da qualidade visível que advém da qualidade objectiva e das expectativas	Tentativa de ligar a um sistema tipo score cards.
Hill e Motes	1995	Diferenciação do conceito de qualidade em função da qualificação do prestador do serviço	Serviços profissionais (prestados por médicos, professores, etc.) Serviços genéricos (restantes serviços). Cada um dos dois tipos de serviços terá o seu modo de ser avaliado.
Sale	1996		As seis dimensões da qualidade de Maxwell: Aceitação, eficácia, eficiência e economia, acesso, equidade, relevância para as necessidades. Os sete atributos dos Cuidados de Saúde de Donabedian: cuidado, eficácia, efectivação, eficiência, optimização, aceitação, legitimidade, equidade.
Apte, et al., auto citação revista em 2007 ²²	1997	Desconfirmação	Modelo de "gap", ao incluir a perspectiva do ciclo de vida, serviço de design.
Cândido & Morris	2000	Desconfirmação	As do SERVQUAL
Evans & Lindsay	2000		Rapidez; realização; completude; cortesia; consistência; acessibilidade e conveniência; rigor; capacidade de resposta
Zeithalm e Bitner	2003	Desconfirmação	A qualidade é a capacidade da organização cumprir ou exceder as expectativas do consumidor

²² Como se trata de uma autocitação em que o próprio autor comenta e revê o que escreveu, mantemos a mais recente referência na bibliografia.

Autor	Ano	Definições de qualidade	Dimensões
Kitchroen	2004	Retorna a Sasser e Olson	Qualidade de serviço são 7 factores: Segurança, Consistência, Atitude, Completude, Disponibilidade, Condição e Treino
Bahnan, Coleman e Kelkar	2007		As definições principais até 2000 são aplicáveis dependendo do que se pretende estudar. As melhores são as que se alicerçam no Modelo GAP e SERVQUAL
Yavas e Berkenstein	2007	Aproximação <i>cross-cultural</i> .	As estruturas subjacentes à percepção da qualidade de serviços são similares entre diferentes povos, mas a avaliação depende da cultura

Fonte: Elaboração própria.

2.1.4. A ressaca da qualidade e da qualidade de serviço

Actualmente vive-se um período que no contexto empresarial se pode designar por ante-pós fase de qualidade. Porquê este antagonismo? A grande maioria de empresas que iniciou programas de qualidade falhou os objectivos a que se tinha proposto, Shaw (1998) e teve de reestruturar os objectivos dos programas passando da ênfase na qualidade industrial, para a satisfação do cliente como ponto central da Gestão. Foram várias as razões que contribuíram para esta mudança.

Pode-se até ser mais peremptório: mesmo na literatura científica assiste-se a expressões muito vincadas para exprimir o actual sentimento de falha generalizada dos programas de qualidade em geral e em particular na de serviços. Por exemplo Bahnan, Coleman e Kelkar (2007) dizem: “Recent years have witnessed a veritable explosion of discontent with service quality at a time when the quality of many manufactured goods seems to have improved significantly²³”. Mais adiante reforçam a ideia com a contradição de que não só a Qualidade de Serviço estará avaliada cada vez pior pelos consumidores, como a sua importância estratégica aumentou devido à terciarização da economia, levando nos poucos casos de claro sucesso, ao

²³ In página 2, parágrafo 3º do artigo.

comprometimento de toda a estrutura da organização, e mesmo à evidência de envolvimento da liderança de topo. Retomando: *“Increasingly, quality is becoming a key variable in strategic planning. Organizations which are becoming leaders in quality service are characterized by the commitment of top management and a corporate culture that encourages a consumer and quality focus throughout the company”* (op.cit.).

Do mesmo modo se assiste nos *workshops* científicos sobre a matéria, a idêntico sentimento de impotência face às soluções disponíveis. Talvez o caso que tenha representado o momento de partida para a generalização do sentimento, ou pelo menos aquele que ficou marcado de modo indelével na comunidade científica desta área, tenha sido a comunicação de Claes Fornell, na Conferência *Frontiers in Services* de 1998²⁴, onde evidenciou com elementos empíricos, que mau grado o imenso investimento das empresas cotadas no Índice Dow Jones, na satisfação dos seus clientes, e no reconhecimento da qualidade de serviços por elas proporcionado, o índice operacionalizador caía de modo consistente ao longo dos trimestres.

O sentimento de falha é muito difuso, não sendo claro se a falha reside nos aplicadores, se nos Modelos. Analisando as definições inscritas no Quadro 1, verifica-se a superficialidade conceptual dos Modelos, bem como a relativamente pouca consolidação empírica das ideias ao longo de mais de 20 anos de investigação.

Se se proceder a uma análise de locus de Causalidade das várias definições, e a conjugar com o que foi inscrito na revisão de literatura ocorrem algumas reflexões sintéticas: em primeiro lugar a dúvida de se saber o que o cliente quer no domínio da qualidade de serviço. Procurará ele na busca de uma qualquer aquisição, a qualidade de serviço num sentido algo abstracto (ou mesmo tangibilizado por exemplo num selo de qualidade), ou buscará soluções concretas para o seu problema? Em segundo lugar, o locus da falha: serão as empresas que não são capazes de transpor as aquisições científicas para o campo das aplicações, ou as aquisições que não têm a capacidade de acompanhar a dinâmica da economia e seus sectores? Em terceiro lugar, verifica-se a

²⁴ *Palestra de Claes Fornell na qualidade de Special Speaker ocorrida na Conferência “Frontiers in Services, 1998, promovida pela AMA na Universidade de Vanderbilt, Nashville, EUA.*



existência de múltiplas definições de qualidade de serviços no mercado, lutando as várias entidades por uma supremacia de reconhecimento sem nunca se chegar a um consenso, generalizaram conflitos dentro e entre empresas, e a confusão perante o consumidor. Um exemplo disso é o grande número de selos de qualidade e denominações de origem, em que o consumidor dificilmente pode compreender as diferenças entre estes, bem como destrinçar aquilo que cada um deles lhe permite alcançar.

Por ventura o que acima se descreve não será casuístico: Esta problemática não é apenas técnica. A confusão gerada no consumidor é muito rentável, porque não tendo os empreendedores da maior parte dos sectores económicos, a obrigação de seguir padrões éticos, ao criar ou adoptar facilmente denominações de selos de qualidade, reforça-se a percepção da qualidade da oferta, mas após um conjunto de más experiências reduz-se aos olhos do consumidor a importância da denominação da qualidade, mesmo para aquelas que têm a necessária qualificação técnica. Este fenómeno explicaria pelo menos em parte a progressiva perda de importância dada pelos consumidores aos certificados de garantia de qualidade referida na literatura como refere Bahan et al. (2007).

Por último, em quarto lugar, as ferramentas mais importantes na medição da qualidade em serviços²⁵ têm uma grande falta de qualidade, introduzindo nos programas de qualidade, por vezes mais dificuldades que contributos (Shaw, 1998 op.cit.). As ferramentas de medição da qualidade de *delivering* são uma boa expressão disto, nomeadamente as principais, como o SERVQUAL, e o SERVPREF, conforme se verá adiante²⁶.

²⁵ Dada a temática da presente Tese a pronuncia é apenas acerca de serviços. A área industrial está muito mais desenvolvida, porque é mais simples trabalhar com medidas objectivas, e existe um século de experiência acumulada. Mesmo assim registam-se enormes confrontos de posições, de tal modo que o processo de aprovação das novas normas ISO demoram largos anos até se atingir um consenso.

²⁶ Já nem se fala de técnicas como o SERVUCTION, que sendo dominante na pratica empresarial da Europa Mediterrânica, tem parca fundamentação científica. Na ausência de literatura científica credível, procurou-se empresas que tenham escolhido tal aplicativo. Nenhum relato foi positivo, e

Por estas razões, muitas organizações passaram da ideia central de enfoque na qualidade, para a de se focalizarem no cliente. Esta modificação do pensamento não significa que a qualidade tenha deixado de ser um aspecto a considerar (Johnson e Gustafsson, 2000). Quem toma tal posição não nega a importância da Qualidade enquanto constructo de Gestão, mas tenta medir os resultados da Qualidade em termos da Satisfação de forma a conseguir a retenção do cliente. No fundo mais não é do que a velha “guerra” das escolas de qualidade, que debatem se devem ser privilegiados os *outputs* ou os *outcomes*²⁷. No actual estado de desenvolvimento científico não é possível tomar posição definitiva sobre esta matéria. Regista-se que nos EUA há um predomínio do privilégio aos *outcomes*, e na Europa aos *outputs*, embora em ambos os locais seja fácil encontrar defensores e detractores de ambas as leituras.

Têm sido feitas aproximações que tentam colher o que é entendido como o melhor de cada uma das Escolas de pensamento numa certa tentativa de fusão. Por exemplo na revisão de alguns sistemas de qualidade como a “Revisão ISO-2000”²⁸ onde se passou a incorporar de modo obrigatório a medição da satisfação dos clientes como uma parte central dos programas de certificação. O outro lado da “mesma moeda” é a aproximação à avaliação do que se entrega ao cliente por via do que ele exprime: a satisfação.

A ideia sintética vem de Parasuraman, Zeithalm e Malhotra (2005) quando dizem na revisão de literatura do seu artigo, o qual consiste na criação de um modelo de qualidade de serviço para o ambiente Net, terem concluído que o corpo teórico genérico da qualidade de serviço foi desenvolvido entre 1982 e 1994, mas que os temas de especificidade permanecem em aberto. O conhecimento alcançado nesses trabalhos das décadas de 80 e 90, embora estruturante, não chega para as áreas de

foram empregues pelos gestores expressões como “desastre”, “perda de tempo” ou “vigarice”. Não o será incluído por isso na presente revisão bibliográfica.

²⁷ *A ilustrar tal conflito e servindo do contexto específico desta Tese, tem-se a divergência entre os defensores do modelo de acreditação hospitalar King's Funds, e os defensores do modelo JCAHO. O resultado final após anos de conflito foi a criação de duas estruturas paralelas dentro do Ministério da Saúde: Instituto da Qualidade para a Saúde, e Unidade de Missão para os Hospitais SA.*

²⁸ *Mais conhecida por “OSHA 2000”*

especificidade e menos ainda para as novas realidades económicas, designadamente do que se passa *on-line*.

2.1.5. Síntese do capítulo

Viu-se neste capítulo que a problemática da qualidade se inicia no início do século XX no âmbito da indústria. Apenas no meio da década de 70 do século passado, se iniciam as primeiras reflexões sistemáticas de aplicação do conceito de controlo de qualidade na sua aplicação aos Serviços. A passagem ao estatuto de *Chapter* da American Marketing Association surge somente em 1992.

Verificou-se que as ferramentas de avaliação de Qualidade em Serviços estão eivadas de imensas limitações conceptuais, instrumentais, e aplicativas fruto da relativa jovialidade da investigação, e pouca experiência empírica. As primeiras aplicações generalizadas ficaram muito aquém das expectativas dos gestores, levando ao cancelamento ou reformulação de muitos dos programas empreendidos. Do mesmo modo no contexto científico não há um paradigma que seja globalmente aceite, substituindo-se a ausência do paradigma pela existência de elementos parcelares que funcionam em determinados contextos, e/ou sob determinadas condições.

Apesar de todas estas limitações, há o sentimento generalizado de que o conceito de qualidade veio para ficar, e competirá aos investigadores ultrapassar as limitações conhecidas (e as novas que se virão a identificar). Enquanto o paradigma conceptual não estiver disponível, a tendência actual é a de se desenvolverem ferramentas cada vez mais específicas, que sejam capazes de responder às necessidades dos operadores de mercado.

O conceito mais próximo da Qualidade de Serviço é o de Satisfação, muitas vezes utilizados indiferenciadamente como se verá no capítulo seguinte.

2.2. A satisfação do consumidor

Actualmente, predomina a opinião geral de que a satisfação é um dos conceitos mais fortes do marketing. Investigadores, professores e gestores, dão um forte apoio e um elevado nível de prioridade a todos os aspectos relacionados com a satisfação do cliente²⁹. Tal como a Qualidade de Serviço a importância da Satisfação do Cliente também atingiu o nível do exagero, esperando os gestores talvez demasiado desta ferramenta de gestão. É por exemplo comum admitir que um nível elevado de satisfação dos clientes é bom para o negócio ou actividade. Fornell (1994, 1998) afirmou que esse é um dos melhores indicadores preditivos de um bom desempenho financeiro e de uma existência a longo termo das empresas. Por outro lado, os consumidores admitem a legitimidade da expectativa de ficarem satisfeitos ao adquirirem algo e portanto a requerer a satisfação como algo endógeno e implícito na aquisição de bens ou serviços. A generalização deste fenómeno e as muitas organizações que prometem aos consumidores uma garantia de satisfação, induziram o aumento das expectativas, e a diminuição da satisfação realmente obtida numa grande série de sectores, com ênfase para os serviços, Fornell (1991, 1998)³⁰. Na mesma linha, a generalização das políticas empresariais de satisfação do consumidor, alteraram esta elaboração mental individual e subjectiva, num instrumento para criar vantagens competitivas Dabholkar, P. (1993). Kristensen, et al. (1999) afirmam que a satisfação dos consumidores é uma vantagem palpável das companhias, e fonte do aumento do desempenho empresarial. Para a atingir, segundo os autores é essencial dirigir e monitorizar continuamente a estrutura e o nível de satisfação dos consumidores no seio de cada segmento alvo.

Entretanto quando se começa a trabalhar nesta área, numa perspectiva de crítica científica verifica-se à semelhança do que se disse para a qualidade de serviços, a

²⁹ No estudo de Shaw (1998) junto de CEO das maiores empresas Norte-Americanas, a Satisfação foi considerado o indicador de Gestão com pior suporte e desempenho.

³⁰ Vide como no artigo "The Swedish experience" os valores apontados pelo autor como médias sectoriais de satisfação, se distinguem daqueles apresentados por ele na Conferência "Frontiers in services" de 1998.

existência de grandes fragilidades infra-estruturais: a definição da satisfação não é clara, sendo por isso interpretada em sentidos muito diferentes, pelo que não é possível estabelecer uma linha epistémica, a partir da qual se possa organizar concordâncias e/ou referências cruzadas face à história do pensamento. Regressando a Khun, não há um paradigma incidente num objecto estudo; não se sabendo a essência do objecto de estudo, não se pode medir a satisfação com rigor em termos estáticos, nem avaliar diferencial ou comparativamente os resultados obtidos na perspectiva dinâmica.

Existem também muitos problemas conceptuais psicométricos na aplicação das ferramentas matemáticas e nas interpretações específicas dessas métricas, de tal modo que adiante se dedicará um ponto específico a esta discussão. Sabe-se pouco sobre a infra-estrutura da satisfação e esse pouco tem um carácter muito recente. Sabe-se que ela é influenciada pelo preço que o produto ou serviço exprime factores situacionais da transacção e factores relativos ao consumidor (Cronin, Brady, e Hult 2000).

2.2.1. Diferentes definições de satisfação

As primeiras definições da satisfação do cliente surgem nos anos 70. Izard em 1977, estrutura a teoria das emoções num modelo, o circunflexo, fazendo nele referência à satisfação. Outros investigadores adaptaram e interpretaram a satisfação como uma emoção, relacionando-a com o prazer e a felicidade. Nesta linha de pesquisa encontram-se Zevon e Tellegen (1982), Diener e Emmons (1984), e Storm e Storm (1987), Chamberlain (1988), Meyer e Shack (1989), Mano (1991), Reizenzein (1994).

Outros autores consideraram a satisfação como uma emoção mas num sentido diferente, o de surpresa. O mais proeminente investigador dessa corrente foi Oliver (1980, 1989, 1993 e 2001). Segundo ele, a "satisfação pode melhor ser entendida como uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto e/ou na experiência de consumo"³¹. Por outras palavras, existe um contínuo entre satisfação e insatisfação. A Satisfação para Oliver está relacionada com contentamento e

³¹ "satisfaction may be best understood as an evaluation of the surprise inherent in a product acquisition and/or consumption experience" (1980, pag 7).

tranquilidade, ou com excitação e prazer, a insatisfação está ligada ao desprazer, (o desagradável da situação) desilusão e fúria.

Uma diferente perspectiva mas ainda na linha emocional, têm os pesquisadores que analisam a satisfação como uma emoção prazenteira, isto é, num sentido distinto dos de Oliver e Izard. Arnold et al. (2002) investigaram os componentes estruturais da satisfação, e concluíram que a sensação de satisfação está altamente relacionada com a experiência de consumo de bens e serviços, e o prazer ou mesmo sensação de deleite. Nesta linha de pensamento já Westbrook, Taylor et al. (1978) haviam descrito a satisfação como uma sensação de reacção. Folkes (1984 e 1987) investigou que tipo de emoções estão articuladas com a satisfação, Holbrook e O'Shaughnessy (1984), Batra e Holbrook (1990), e Holbrook et al. (1996), realizaram pesquisas sobre satisfação e emoções de afectividade em publicidade com algumas relações identificadas entre ambas as instâncias.

Num sentido mais cogniscente encontra-se outra procura de definição de satisfação do consumidor, a qual vem de Hunt (1977). A satisfação, para esta linha de pensamento é mais objectiva do que uma emoção, consistindo numa análise dos resultados práticos e das experiências associadas às compras. Em linha com esta corrente mais cognitiva, outros investigadores (Stayman 1992, Babin et al. 1994, Wirtz et al. 2000), estudaram o impacto da actividade cognitiva no constructo da satisfação. Apesar de destacarem as componentes cognitivas na geração da satisfação, todos eles concluíram da existência dos efeitos das emoções e que estes são primordiais. Ainda nesta linha de pensamento Fournier e Mick (1999), definem a satisfação como um fenómeno de alta complexidade, e ao estudarem empiricamente a teoria de desconfirmação, encontraram suporte para alguns factos: A satisfação é um processo dinâmico; tem uma forte componente social; inclui raciocínio e afectos; está dependente de elementos contingenciais podendo por isso situar-se em cada caso em diferentes paradigmas, modelos teóricos e modos explicativos; é mediada pela satisfação geral com a experiência de vida.

Por via independente, isto é, sem ser na pesquisa da infra-estrutura da satisfação, Davidow e Uttal (1989) já haviam mostrado algo dos elementos dinâmicos da

satisfação, ao evidenciar que se pode manipular o sentimento de satisfação dos consumidores, baixando-lhes previamente as expectativas. Nesses casos é relativamente fácil ao cliente sentir na posteridade que o providenciador do serviço ultrapassa aquilo que esperava, fenómeno base da sensação de satisfação. Recentemente uma das autoras do SERVQUAL chegou a idêntica conclusão, Zeithaml, Bitner, e Gremler (2006), colocando o nível da expectativa como elemento nuclear da satisfação.

Uma quarta corrente advém da pesquisa de marketing de serviços em torno do paradigma da “Desconfirmação” e expectativa, (Churchill e Surprenant, 1982; Swan, 1983; Tse e Wilton, 1988; Oliver e DeSarbo, 1988; Iacobucci et al., 1994; Fournier e Mick, 1999).

Para compreender correctamente o significado de satisfação é importante separar satisfação das atitudes relacionadas com o cliente alvo (Oliver, 1980). Para este investigador existe satisfação pontual perante situações e atitudes numa actividade, e repetitiva, de satisfação e/ou insatisfação, se relacionadas com uma pessoa, empresa, marca, loja, etc. Nesta perspectiva a satisfação assume uma génese atitudinal correspondendo de algum modo às expressões de atitudes kantianas, ou mesmo de outros filósofos mais antigos, que definiram atitudes como um resultado de interações sucessivas de três elementos estruturais: emotivo, cognitivo e conativo (expressão do comportamento). A sua aceitação implicará aceitar a presença simultânea de uma infra-estrutura satisfacional, a qual é concatenada contextualmente, adquirindo assim a sua dinâmica interna e relacional.

Tal como fizemos com o constructo de qualidade, sintetiza-se no Quadro 2 as principais teorias e investigadores que têm vindo a contribuir para a definição moderna do constructo de satisfação.

Quadro 2 - Síntese das definições de satisfação

Autor	Ano	Definição
Howard e Seth (cit. Giese 2000) ³²	1969	Satisfação é o intervalo entre percepção e expectativa.
Hunt	1977	Destaque para a componente cognitiva da satisfação
Oliver	1977	Modelo de Desconfirmação aplicado à Satisfação
Westbrook et al.	1978	Uma emoção ou sentimento de reacção.
Oliver	1980/1	Resume um estado psicológico resultante quando o contexto emotivo “desconfirmou” expectativas em articulação com o sentimento prévio do consumidor sobre a experiência de consumo.
Oliver e Bearden	1985	Modelo de Desconfirmação
Cadotte et al.	1987	Desconfirmação baseada em normas adquiridas da experiência.
Oliver e DeSarbo	1988	Modelo de Desconfirmação
Tse e Wilton	1988	Resposta do Consumidor para a avaliação da discrepância entre as expectativas prévias (ou algumas outras normas de performance) e a actual performance do produto como é compreendido após o seu consumo; Modelo de Desconfirmação
Brown & Schwarz	1989	Modelo de Desconfirmação
Oliver	1989	Estados de satisfação podem incluir contentamento, surpresa, prazer ou alívio.
Oliver e Swan	1989	Modelo de Desconfirmação
Bitner	1990	Desconfirmação do paradigma de expectativas.
Westbrook e Oliver	1991	Modelo de Desconfirmação
Bolton e Drew	1991 (b)	Satisfação como uma avaliação do produto/serviço oferecido feita pelo consumidor pós-compra (Hunt 1977). Um consumidor está satisfeito quando uma oferta se comporta melhor do que o esperado, e está insatisfeito quando as expectativas excedem a performance.
Bolton e Drew	1991(a)	Satisfação do cliente é uma função da Desconfirmação que advém das discrepâncias entre expectativas prévias e performance actual.
Mattsson	1992	Satisfação baseada no modelo de Desconfirmação; usa ideais <i>standards</i> .
Anderson e Sullivan	1993	Modelo de Desconfirmação
Boulding et al.	1993	Satisfação igual a performance real menos performance esperada.
Mano e Oliver	1993	Satisfação é um afecto.
Zeithaml et al.	1993	A comparação entre serviço previsto e serviço recebido.

³² Não se conseguiu arranjar um material tão antigo para consulta directa.

Kelley e Davis	1994	A Desconfirmação de expectativas na resposta de satisfação.
Liljander e Strandvick	1994	A experiência do consumidor de um serviço em que o resultado foi avaliado em termos do valor que recebeu.
Rosen e Karwan	1994	Quanto o serviço agradou ao cliente; uma variável compósita designada sensação total derivada da média de três componentes estruturais
Rust et al.	1994	Baseada na totalidade da experiência.
Storbacka et al.	1994	Acções dos clientes baseadas na sua percepção de qualidade e satisfação.
Barsky	1995	Satisfação é o grau de apreciação do consumidor da experiência de consumo.
Naumann	1995	A satisfação total do cliente é determinada pelo grau em que as expectativas do cliente são correspondidas.
Oliver	1996	A satisfação é a resposta completa do consumidor. É um julgamento acerca do carácter de um produto ou serviço, ou do produto ou serviço em si mesmo, fornecido (ou a fornecer), num nível confortável relacionado com o consumo-satisfação.
Rust et al.	1996	Modelo de Desconfirmação
Forza e Filippini	1998	O nível de satisfação do consumidor no que diz respeito à qualidade do produto e do serviço fornecido e à capacidade para compreender os problemas com eles relacionados.
Harvey	1998	A extensão dos resultados produzidos para o consumidor e o processo através do qual este corresponde
Zanella	1998	A satisfação do consumidor é baseada no grau de posse por um produto/serviço de cada atributo de um dado cenário, e como este é percebido pelo utilizador (exemplo, adequação geral de uso, confiança com o tempo, serviço pós-venda)
Bolton & Lemon	1999	A resposta completa ao consumidor.
Rust, cit. in Rust 2004 ³³	1996 2004	A satisfação total (ou insatisfação) é o resultado de muitas experiências positivas e negativas
Zeithaml, Bitner, e Gremler	2006	Expectativa como elemento central da Satisfação

Fonte: Elaboração própria.

Ao proceder à revisão da literatura descobriu-se mais exactidão na definição de satisfação fora do Marketing e da Gestão. Alguns livros (Kaplan et al., 1995; Stahl, 2002) em psicofarmacologia definem sensações similares às empregues em marketing designadas por “satisfação” em termos de proteínas neurotransmissoras. Talvez no

³³ Autocitação de reafirmação e afinação do modelo proposto. Utilizaram-se por isso ambas as referências

futuro se possa usar este tipo de medidas objectivas para operacionalizar com exactidão os sentimentos dos clientes.

Nessa linha de pensamento designada por Neuromarketing tenta-se uma fusão entre os conhecimentos da neurologia e naturalmente o marketing. Assim serve-se da perspectiva psiquiátrica que define a sensação de “bem-estar” como resultado de três neurotransmissores: dopamina, serotonina e noradrenalina. A única diferença entre a definição psiquiátrica de “bem-estar” e a definição de marketing “satisfação” reside no aspecto de que bem-estar é um nível contínuo, durante todo o período de vida regulada por predisposições genéticas e acontecimentos no ambiente. A satisfação (no sentido do marketing) ocorre durante ou em torno de uma transacção económica.

Como foi dito a seu tempo, os estudos de neuromarketing acerca da satisfação do consumidor ainda estão numa fase larvar, e por isso, tudo o que se possa adiantar agora terá um carácter muito especulativo. Uma interpretação possível dessa súpula de artigos de características no essencial radiológicas com TEP-Scan³⁴ e ressonância magnética funcional é a de que a satisfação do consumidor é uma situação discreta da sensação de bem-estar. Continuando a especular dada a ausência de provas laboratoriais definitivas, os fenómenos base da satisfação consistirão em processos de regulação serotoninino-dopaminérgicos, o que permitiria explicar como tanto os investigadores mais sensíveis aos aspectos emocionais, como aqueles outros sensíveis as aspectos cognitivos chegam a resultados confirmatórios nas suas pesquisas.

Como se sabe a dopamina é o neurotransmissor decisivo dos processos analíticos do pensamento, e a serotonina o principal regulador das emoções e potenciador da sensação de felicidade. Ambos são produzidos na região límbica do cérebro, e estão envolvidos num processo dialéctico dos estados de aptidão cogniscente do indivíduo.

³⁴ *Tomografia de emissão de positões. Nesta técnica injecta-se um açúcar marcado radioactivamente (normalmente tecnécio 99 radioactivo) e depois dada a concentração dos açúcares nos neurónios, estabelece-se um conjunto sequencial de imagens que caracterizam um dado comportamento com base nas alocações geográficas cerebrais. Quando possível essa extensão abarca o funcionamento químico.*

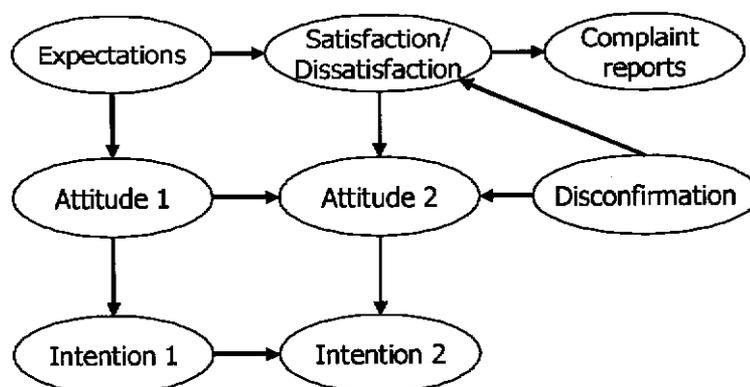
Se for situado por restrição o constructo de satisfação do consumidor ao evento da pós-aquisição económica, será admissível dentro de margens aceitáveis que após a experimentação de um produto ou serviço, os níveis serológicos dos dois neurotransmissores tenham um dado estado de equilíbrio dinâmico. O mediatizador do processo será porventura a memória, à qual a pessoa recorre para definir os parâmetros de expectativa desse consumo. Se a performance resultar na ultrapassagem do padrão de memória a serotonina dominará o processo, ficando a pessoa “satisfeita”, se ficar abaixo do esperado, então dominará a dopamina e por consequência o carácter analítico e explicativo que a insatisfação sempre contém.

2.2.2. Modelos de satisfação

Alguns modelos pretendem passar as definições anteriores de satisfação a elementos operacionais e articulá-los com outros constructos essenciais do marketing, como sejam os de lealdade do cliente, imagem corporativa, *branding*, etc. Veja-se os principais:

Na figura 3 apresenta-se o modelo de Satisfação - Acomodação³⁵ desenvolvido por Bearden e Teel (1983) no qual as características mais atitudinais da satisfação do consumidor são evidentes. Nele a satisfação (ou insatisfação) surge através do grau de cumprimento das expectativas que o consumidor formula a propósito do consumo de um produto ou serviço. O mediador comportamental é a geração da intenção de compra (ou recompra). Tenta explicar igualmente o aparecimento da reclamação. Não integra os aspectos de lealdade que só uns anos mais tarde começam a figurar nos modelos de satisfação.

Figura 3 – Modelo de Satisfação-Acomodação de Bearden & Teel (1983)

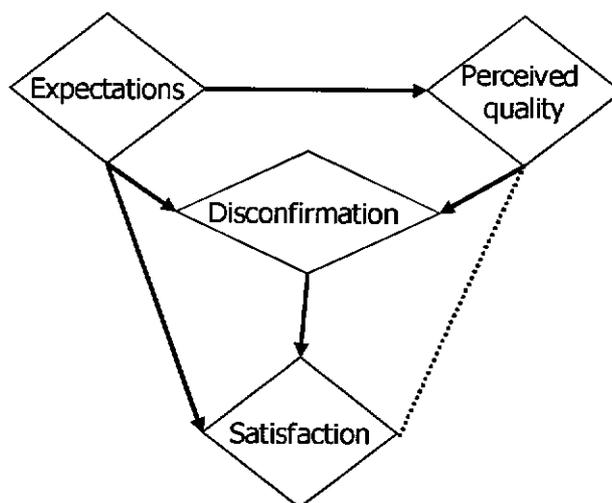


Fonte: Bearden W. , Teel, J. 1993.

³⁵ Manteve-se a designação em inglês para se poder dispôr da própria figura digitalizada

Na figura 4 apresenta-se o Modelo de Satisfação de Oliver e De Sarbo de 1988³⁶. É relativamente simples apresentando a satisfação como um constructo independente, onde ela consiste no grau de cumprimento das expectativas anteriormente geradas a propósito de uma dada marca, produto, serviço ou empresa.

Figura 4 – Modelo de Satisfação - Oliver & De Sarbo (1988)



Fonte: Oliver, R. L. e DeSarbo, W., 1988.

Neste Modelo não são estabelecidas relações imediatas com outros constructos como a lealdade ou resultados financeiros. No entanto outros autores (por exemplo, Fornell 1991, 1998) fazem-no como uma extensão deste conceito.

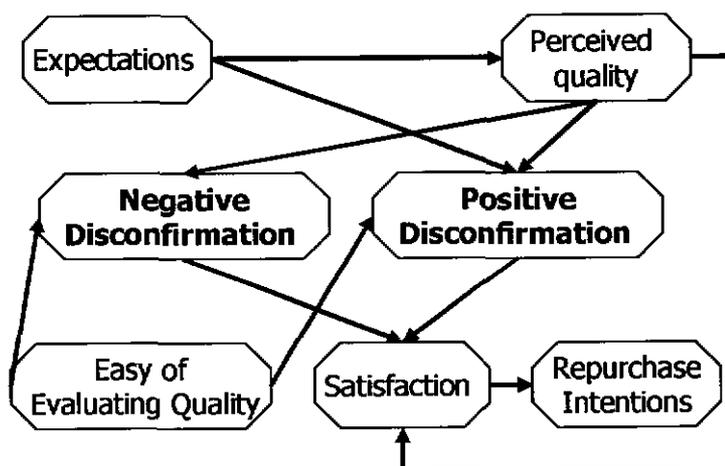
O modelo seguinte, que se sintetiza na figura 5, de Anderson & Sullivan (1993)³⁷, consiste numa aplicação mais ou menos directa da Teoria da desconfirmação. No modelo aplicativo, a expectativa do sujeito confrontada com a realidade do

³⁶ *Manteve-se a designação em inglês para se poder dispôr da propria figura digitalizada*

³⁷ *idem*

desempenho gera um sentimento positivo ou negativo de satisfação em relação ao objecto de compra. Os principais contributos marginais deste modelo são dois: integra com facilidade relativa a compreensão da qualidade, factor que é muito importante em contextos de alta complexidade, como são os estudados por exemplo na parte experimental desta Tese. A consequência mais relevante é a de que a percepção do consumidor pode ou não ser justa aquando do julgamento de qualidade. O segundo elemento contributivo é o de estabelecer uma relação entre a satisfação e a intenção de recompra, com toda a importância que isso tem para os programas de lealização do cliente.

Figura 5 – Modelo de Anderson and Sullivan (1993)

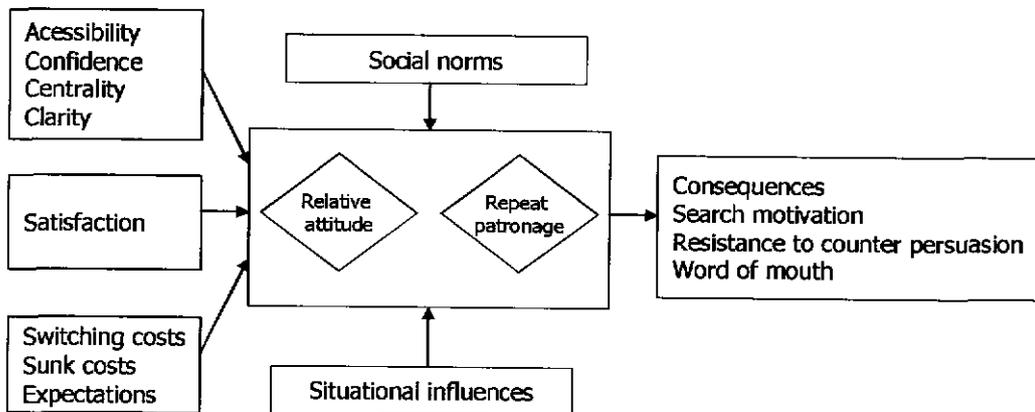


Fonte: Anderson, E., Sullivan, M. W. 1993.

No ano seguinte à publicação deste modelo foi apresentado um outro por Dick e Basu em 1994, (ver Figura 6). Nele a satisfação surge integrada num contexto quase sociológico, dominada pelas regras sociais, estejam estas presentes através nas normas, ou das variáveis contextuais. A interação da satisfação com a realidade social vai criar as condições para a ocorrência de todo um conjunto de fenómenos da maior importância para as acções de marketing e vendas. Destaca-se: a geração de *word-of-mouth* sobre um produto, marca, ou serviço, as pré-condições de

vulnerabilidade à publicidade e força de vendas em que o cliente fica futuramente numa eventual recompra, ou fenómenos de *switching* de marca. Não se conhecem ainda grandes desenvolvimentos aplicativos ou desenvolvimentais deste trabalho³⁸.

Figura 6 - Modelo de Dick e Basu (1994)



Fonte: Dick, A., e Basu, K. 1994.

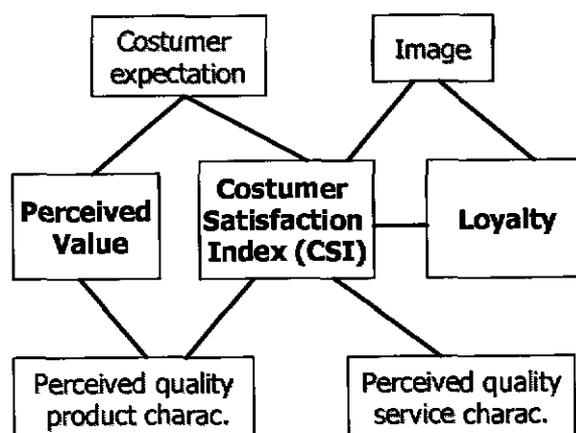
Westlund e colaboradores propuseram em 2001, um sistema dinâmico que reflectisse a expressão do nível de satisfação (Índice de Satisfação do Consumidor). Esse Modelo foi publicado em 2002 como o Modelo oficial da União Europeia para a avaliação da satisfação do consumidor, recebendo por isso o nome de EPSI (European Program Satisfaction Index). O Modelo tem grande similitude com o ACSI seu homólogo Norte-americano. Por isso é o resultado da comparação entre a qualidade percebida e a qualidade esperada, dessa conjunção resulta a percepção de valor para o cliente (vide figura 7)³⁹. Quanto mais alta for a percepção de valor, maior será a fidelização do cliente entrando nessa equação a Imagem (corporativa ou de *branding*) que o

³⁸ Manteve-se a designação em inglês para se poder dispôr da propria figura digitalizada

³⁹ *idem*

consumidor tiver. Por exemplo se o consumidor tiver uma óptima imagem de uma marca, e pontualmente for mal servido, pode permanecer leal à marca.

Figura 7 – Modelo EPSI (Westlund et al. 2001)



Fonte: Eklöf, J. A.; Westlund, A. H. 2002.

Não há ainda nenhum modelo que conecte a biologia sobre a qual assenta toda a natureza humana, a um elemento tão endógeno ao Sujeito Humano como a satisfação. Apenas recentemente (Barger et al. 2006) iniciou essa tentativa com a verificação experimental de que o despoletar de futura satisfação pode ser induzido comportamentalmente pelo providenciador. O papel nuclear compete à mímica facial, e pode ser induzido experimentalmente através da modelação da expressão. Por exemplo se o providenciador de serviço o fizesse sorrindo garante melhor nível de satisfação dos clientes que atente do que se fizer esse mesmo serviço sem o sorriso. Pareceu aos autores que haverá mais mediadores emocionais, expressões mímicas, etc. que contribuirão no mecanismo.

2.2.3. Medindo a satisfação

Existem como já se disse atrás, vários problemas na medição da satisfação do consumidor. O maior de todos é de capturar em registo a essência da satisfação. Não se sabe como a satisfação se forma, quais são os verdadeiros componentes, as suas

expressões relativas, que tipo de modelo melhor se adequa à realidade, (Claycomb e Mowen, 1992; Peterson e Wilson, 1992; Kristensen, et al., 1999).

Um segundo aspecto é o das ferramentas utilizadas para medir a satisfação virem muitas vezes de diferentes realidades, e, não poderem ser aplicadas com as mesmas regras dos ambientes originais de onde foram desenvolvidas. Um bom exemplo é o do Alfa de Cronbach, um dos melhores indicadores estatísticos, que não pode ser empregue na medição da satisfação quando diferenças de resultados são aplicadas, o que sucede por exemplo em todos os modelos de "Gap".

No entanto nem tudo são problemas, algumas das mais recentes ferramentas matemáticas estão desenvolvidas o bastante para se poderem aplicar ao processo de satisfação (Halstead, 1999). No mesmo artigo o autor demonstra ainda como a variação temporal, entre outras variáveis, influenciam a satisfação do cliente.

Vários autores em lugar de empregarem medidas estatísticas de observação usam diferentes padrões indirectos para operacionalizar a satisfação do cliente: Swan et al. (1981) usou o padrão social; Oliver e Swan (1989) restringiram-no e usaram apenas a equidade social. Padrões profundos são por vezes utilizados, tais como: os ideais e desejos (Westbrook e Reilly, 1983; Giese e Cote, 2000), experiências de consumo (Cadotte et al., 1987), mínimo desempenho tolerável (LaTour e Peat, 1979), etc.

As escalas de medição da satisfação são outro ponto fraco desta área, pois também não são geralmente trabalhadas nas suas propriedades psicométricas, ou pelo menos não se encontrou essa indicação na esmagadora maioria dos artigos consultados. Entretanto muitas das ferramentas de medição da satisfação do cliente requerem entrevistas e inquirições utilizando escalas Likert com pontos centrais. Reidenbach e Sandifer (1990) sugeriram escalas Likert de cinco pontos. Parasuraman et al. (1985) propôs escalas Likert de sete pontos, porque como se escreveu antes, para este autor e seus co-autores a satisfação é, ou pelo menos contém, emoções sendo subentendido que por isso deveria ter um ponto neutro e conter posições extremas. Forgas foi mais longe (1995 a, b), e sugeriu o uso de escalas Likert de onze pontos de forma a ter posições como extremamente satisfeito e extremamente insatisfeito. Contudo outros

autores, Singh (1990) e Oliver (1996), forçam as respostas dos clientes de forma a polarizar alternativas, eliminando o ponto central. Estes autores propõem um leque abrangente de soluções para medir a satisfação do cliente, desde escalas Likert de três a dez pontos.

Uma metodologia diferente para medir a satisfação do cliente é o uso de pontuações diferenciais como o SERVQUAL emprega. Contudo, muitos investigadores criticam esta abordagem: Babakus e Boller (1992), Cronin e Taylor (1992, 1994), Peter et al. (1993), Boulding e Kalra (1993), Teas (1993, 1994), Brown et al. (1993). As suas mais importantes críticas para as pontuações diferenciais são baseadas na potencial confusão de constructos entre a satisfação do cliente e qualidade do serviço; a falta de propriedades psicométricas (ou pelo menos o seu desconhecimento); a falta de pesquisa sobre o comportamento psicométrico contextualizado e de ferramentas de intervenção correctiva psicométricas para evitar patologias de escalas (resultados centrais excessivos, chegando a verificar-se leptocurticidade agressiva, fraca variância, e dificuldade de interpretação quando surgem valores negativos).

A exactidão da medição dos modelos de satisfação é outro enorme problema. A maioria dos modelos têm um muito baixo r^2 ou seus equivalentes medidores de *fit*. Por exemplo, a versão inicial do SERVQUAL tinha r^2 entre 0,28 e 0,52, apenas na revisão de 91 o r^2 melhorou para valores entre 0,57 e 0,71. Nos trabalhos de aplicação aos cuidados de saúde o r^2 era ainda mais baixo, entre 0,11 e 0,39 no trabalhos de John, J. (1991), e de 0,278 a 0,453 para Kleinsorge e Koenig (1991). A excepção é Tucker e Adams (2001) que atingiu um r^2 0,74. No Quadro 3 pode-se verificar a síntese do que se encontrou sobre valores de r^2 mencionados em estudos sobre a satisfação do cliente aplicados à área de pesquisa desta Tese. Os restantes artigos apresentaram valores muito similares, mas tornar-se-ia fastidioso incluir os valores de fidedignidade de todos eles, e sem que isso trouxesse qualquer acréscimo de conhecimentos.

Quadro 3 - Resultados de R^2 em estudos de Satisfação do Paciente

Estudo	Ano	Factores	R ²
Tucker e Adams	2001	Satisfação com o Prestador	0,74
		Satisfação com o Acesso	0,853
Gross e Niral	1998	Satisfação com enfermagem	0,05
		Satisfação com acessibilidade	0,03
		Satisfação com instalações	0,06
Mittal et al.	1998	Satisfação com HMO ⁴⁰	0,23
Oswald et al cit in	1998	Satisfação com instalações	0,01
Oswald et al (2005) ⁴¹	2005	Satisfação com rel. humanas	0,06
Dansk e Miles	1997	Satisfação geral	0,19
Strausse et al	1995	Satisfação geral -Grupo 1	0,035
		Satisfação geral -Grupo 2	0,03
		Satisfação geral -Grupo 3	0,014
		Satisfação geral -Grupo 4	0,027
Taylor e Cronin	1992	Satisfação geral	0,291
Kleinsgorge e Koenig	1991	Satisfação com enfermagem	0,278
		Satisfação com administração	0,361
		Satisfação com a comida	0,453
Joby John	1991	Modelo de comunicação	0,11
		Modelo de compreensão	0,39
Reidenbach e Sandifer	1990	Sat. doentes de ambulatório	0,21
		Satisfação na sala urgências	0,43
		Satisfação de internatos	0,37
Singh	1990	Satisfação com o médico	0,34
		Satisfação com o Hospital	0,2
		Satisfação com seguradoras	0,21
Woodside et al.	1989	Satisfação geral	0,73

Fonte: Elaboração própria partindo da bibliografia.

2.2.3.1. Medição da Satisfação (e da qualidade de Serviço)

O método mais frequente para se medir a satisfação é o do inquérito, fazendo-se recurso à inventariação dos elementos com os quais os clientes contactam, e sejam passíveis de intervenção pelos gestores.

⁴⁰ *Organização Gestora de Saúde na terminologia das empresas privadas Norte-Americanas de prestação de cuidados de saúde.*

⁴¹ *Autocitação, e inerente reposicionamento do autor. Por isso incidiu-se na sua última posição.*

As escalas mais empregues são as de Likert, embora não haja uma literatura definida sobre procedimentos psicométricos específica acerca da satisfação. Há muito elemento *protocolar e metodológico*, mas estão espalhados num regime epifenomenal, do qual já se deu nota anteriormente em alguns dos pontos trabalhados. Porém estas recomendações e considerações são quase sempre inseridas em artigos de investigadores que, ao desenvolverem os seus protocolos de aplicação, alertam o leitor para cuidados específicos que deverão ter ao replicar esses trabalhos, ou invocando *alternativas metodológicas*, justificam porque recusaram determinado caminho.

Falta contudo uma sistemática tanto das patologias de escala aplicadas ao estudo da satisfação, como dos elementos processuais e metodológicos, à semelhança do que já existe para muitas áreas das ciências sociais.

Notou-se que cada autor cria um modelo de avaliação da satisfação, recorrendo a alguns cuidados genéricos no trabalho de campo e na análise dos dados, mas a disparidade é tão grande que, apesar de não se saber qual o caminho certo, se intuí que um mesmo constructo não deverá ser passível de tão diferentes abordagens, mantendo a capacidade da comparabilidade.

No estudo da qualidade de serviço os métodos são muito mais regrados, pois a maior parte das vezes consiste na *verificação de conformidades (ou da ausência delas)*. Cada sector desenvolve aquilo que é considerado como “boas práticas” dos serviços que presta à comunidade. Por exemplo nas TC-ISO para as áreas de serviços, constata-se a existência de centenas de regras, cobrindo uma vasta área de actividades. A este acervo de regras juntam-se ainda as vindas dos sectores económicos e corporações profissionais, que não se revendo nas normas ISO desenvolveram as suas próprias “boas práticas”, normas e metodologias de normalização.

Ilustra-se pela natureza do *campus* experimental desta Tese o sector da saúde, no qual coexistem normativos como os da Escola de Qualidade de Juran para o incremento contínuo da qualidade (muitas vezes directamente associados à Escola de Donabedian), a JCAHO, entidade reguladora Norte-Americana do normativo de qualidade para a actividade clínica, a metodologia King's Fund's, sua homóloga Britânica, com larga expressão noutros países um dos quais Portugal, ou ainda o corpo

normativo emanado pelos Colégios Médicos de Especialidade (Guide Lines), para a definição dos procedimentos de abordagem a cada acto médico tipo.

Em comum estas metodologias têm a lógica de *checklist*. Depois podem ser mais ou menos sofisticadas integrando as *checklist* em *workflows* (p.e. protocolo de Manchester), em opção binária (p.e. arvores decisoriais de atendimento de urgência por *call center*), ou em bandas de latitude de acção na actividade (p.e. *guide lines*), nas quais cada profissional contextualizando o caso concreto, tem uma margem de manobra dentro de parâmetros predefinidos. Na parte específica da revisão de literatura aplicada ao contexto clínico desenvolver-se-á este tópico.

2.2.4. Relação entre satisfação e serviço de qualidade

Em várias ocasiões encontra-se a problemática da satisfação inserida nas políticas de qualidade. Isto é muito comum entre companhias que usam as regras ISO para o processo de certificação, porque o trabalho sobre a satisfação do cliente é um dos aspectos obrigatórios para o processo de certificação ser aceite pelas autoridades da matéria. Especialmente após a revisão ISO do ano 2000 (OCHA 2000), o cliente foi colocado numa posição central, adoptando-se no restante a metodologia TQM de focagem no cliente (Karth, 2002).

Pela mesma razão que em 1988 quando Hauser e Clausing escreveram o famoso artigo “House of Quality”, incluindo na metodologia de qualidade QFD o cliente como início e fim do processo de mercado, tentou transpor-se com essa evolução da ISO em 2000, a passagem da tomada de decisão estratégica de inovação, do campo das engenharias, para o dos mercados.

Também na metodologia de qualidade EFQM, já falada aquando da discussão dos Modelos de Qualidade, se adoptou o cliente como foco central (Brown et. al., 2000; Molíás, 2004). Esta importante metodologia e Escola de Qualidade alternativa à certificação ISO, trabalha os clientes para que eles reconheçam que existe um trabalho em torno do conceito de satisfação, devendo reconhece-la o Gestor como a ferramenta mais importante na gestão de clientes (op. cit.).

A díade “satisfação do cliente-qualidade de serviço” contém elementos de difícil distintividade entre os dois conceitos, e de delimitação das métricas construtivas específicas. De forma a ultrapassar a questão foram desenvolvidos estudos (ainda que em número não suficiente) para diferencialmente compreender e medir ambas as instâncias (Bitner, 1990; Bolton e Drew, 1991; Zeithaml, Berry e Parasuraman 1991; Taylor, 1992). Daí em diante tem-se trabalhado de forma relativamente indistinta nos conceitos, seguindo cada autor o rumo base da sua revisão bibliográfica. No entanto sente-se que é algo que ficou em aberto, e falta uma obra que teorize de modo sintético os conhecimentos e possa encerrar o assunto ou abrir portas para novos rumos.

Na realidade, a perspectiva da qualidade de serviço prestado aos clientes, (Grönroos, 1993; 2007) baseia-se na percepção pelo consumidor de que recebeu um serviço conforme era esperado que sucedesse. Por seu turno a satisfação, é o nível de preenchimento de uma expectativa anteriormente criada (Westbrook e Oliver, 1991; Parasuraman, Zeithalm e Berry, 1991). Como se verifica há uma enorme proximidade nos conceitos. A principal diferenciação reside em que uma expectativa é algo pessoal, embora para ela possa concorrer uma formulação socialmente gerada. E a prestação do serviço “com qualidade” remete para um esquema de conformidades tecnicamente estandardizado, definido por meio escrito e de acordo com regulamentação estatal ou para-estatal. Pode-se invocar nesta discussão se o que está redigido corresponde apenas à idiosincrasia social do que é “uma coisa bem-feita”. Nessa perspectiva ficaria apenas a faltar os conceitos normativos e de segurança. O primeiro é essencial para assegurar que uma peça de qualquer aparelho seja conectável com outro dispositivo (medidas idênticas, ajustes, compatibilidade de materiais, etc.), o segundo para garantir que o que é feito não coloque em risco o utilizador ou terceiros.

A conceptualização das duas instâncias: satisfação e qualidade têm portanto uma enorme sobreposição, mas simultaneamente disjunção em elementos críticos. Acresce que o trabalho de qualidade na área de serviços está muito mais atrasado do que o que se passa na indústria. Enquanto a primeira começou há muitos anos, as TC-ISO dedicadas aos serviços, só começaram a trabalhar há relativamente pouco tempo,

dirigindo-se prioritariamente para os elementos de prestação de serviços aos processos industriais das grandes companhias numa perspectiva de fluxograma. O tema cliente só agora (a partir das OCHAS 2000) começa a dispor de algumas regulamentações de definição de qualidade ao nível das instâncias oficiais acreditadoras e certificadoras. A própria intangibilidade do serviço complexifica o estabelecimento de normas de conformidade, bem como a conferição do seu emprego no processo de *delivering*.

Pode-se mais uma vez especular cruzando os dois conceitos: Para a satisfação conceptualiza-se a existência de apenas dois desempenhos: serviço gerador de satisfação, ou gerador de insatisfação. A “qualidade de serviço” feita em conformidade, ou sem conformidade. O cruzamento das alternativas leva a situações muito interessantes, embora um pouco bizarras.

Um serviço pode ser bem feito e ser acompanhado de insatisfação: por exemplo um dispositivo de normas que proteja o consumidor mas cujo cumprimento seja incomodo, p.e. obrigação de uso do capacete nos motociclos. Um segundo caso teórico poderá ser aquele em que o serviço seja mal feito, mas gerador de profunda satisfação no consumidor. A ilustrar a situação tem-se o caso de um professor laxista que nada exige aos alunos, mas junto de alguns deles se torna um expoente de empatia devidamente traduzidos numa alta cotação se convidados a avaliar o dito professor. As restantes situações do quadro são clássicos que dispensam comentários delongados.

Por qual dos constructos optar? Satisfação do consumidor ou qualidade de serviço? A resposta não é fácil levantando até elementos éticos e morais. O constructo utilizado pela filosofia de marketing, a satisfação, tem seguramente boa probabilidade de vir a ser bem-sucedida na medida em que cumpre um dogma central da Gestão, que é o de dar ao mercado aquilo que ele solicita. A Qualidade de Serviço é uma resposta mais sólida nos seus fundamentos técnicos, potencialmente mais ética, mas também potencialmente menos gratificante para o mercado.

Dabholkar (1993) menciona a existência de diferenças conceptuais para a qualidade de serviços e a satisfação do cliente conforme o relato advém dos investigadores

académicos ou profissionais da Gestão. Para os primeiros existirão dois conceitos independentes embora não ortogonais (Oliver 1981; Zeithmal Berry e Parasuraman, 1991 op. cit.). Para os segundos, verifica-se o uso indiferenciado dos dois conceitos. Uma razão que explicará essa abordagem poderá ser, como disseram Cooper, Cooper e Duhan, (1989) sobre o trabalho do gestor de clientes: o objectivo do seu trabalho não é o estudo de constructos, mas ser capaz de antecipar o comportamento do consumidor tendo em vista a realização das vendas.

Nesta linha de pensamento, onde se tem admitido que o constructo da qualidade de serviço tem uma base mais cognitiva do que a satisfação, fica-se muito próximo de um outro constructo: o das atitudes, com destaque para o modelo atitudinal de Ajzen-Fishbein. Daqui ao conceito de "Gap" é um pequeno passo, aquele que irá dar origem ao modelo SERVQUAL.

Nos trabalhos de Oliver da década de 80 (Oliver, 1980, 1981) nasce a ideia de que a percepção da qualidade de serviços era algo construído através da replicação de actos, lentamente transformados e tornados sólidos numa ideação ou memória, de que resultaria uma análise persistente no tempo. A satisfação do consumidor iria consistir numa reacção emocional antes de um desempenho concreto, funcionando a surpresa como modelo central da amplitude da satisfação.

Em trabalhos posteriores (Oliver, 1989, 1993) admitiu a hipótese de que o factor emocional ser antecedente à satisfação. O autor distingue 5 estados emocionais para a satisfação: Aceitação, felicidade, alívio, interesse/excitação e prazer. A insatisfação tem igualmente 5 estados emotivos: tolerância, aborrecimento, arrependimento, agitação e ofensa.

Dabholkar (1995) propõe um modelo de contingência que tenta tornar compatíveis algumas teorias aproximando a satisfação do cliente com a qualidade de serviço. Estes factores contingenciais são definidos como disposição emocional do consumidor, a componente cognitiva, a componente emotiva, ou ainda a atitude. O cruzamento de alguns factores contingenciais determina segundo a autora, o modelo a seguir pelo consumidor: quando existe uma sobreposição da satisfação do consumidor com a

qualidade do serviço, estasse perante um modelo puramente cognitivo. Se a qualidade de serviço precede a satisfação tem-se o modelo atitudinal. Mas, se a satisfação do consumidor preceder a qualidade do serviço, designa-se por modelo guiado pela emoção. Com estes três modelos complementares o consumidor pode ser colocado perante um bom ou um mau serviço. Cruzando ambas as variáveis forma-se o quadro dos resultados possíveis que se apresentam no Quadro 4:

Quadro 4 – Aplicação do Modelo de Dabholkar (1995)

Sequência causal	Bom Serviço	Mau Serviço
Sobreposição SC/QS	Bom resultado	Tolerável
QS ultrapassa SC	Muito bom resultado	Mau resultado
SC ultrapassa QS	O melhor resultado	O pior resultado

Fonte: Adaptado de Dabholkar, Pratibha. 1995.

Este modelo permite segundo a autora, de acordo com o contexto, prever o tipo de resultado final.

A experiência passada do consumidor tem no Modelo de Desconfirmação um papel determinante na formação da expectativa. Porém na ausência de experiência prévia, outras alternativas são possíveis: por exemplo, quando se tem informação sobre um desempenho, e se requer outro serviço idêntico, começa-se por fazer uso de um modelo de padrão de expectativa. Isto contudo, não é totalmente consensual. Barbeau (1985), continuado por DröGe et al., (1996) afirma que encontrou na origem das expectativas, uma influência no grau de satisfação do consumidor, mas não na origem normativa.

Além disso, a definição da “expectativa” tem múltiplas variações, sendo possível descobrir definições operacionais diversas: conceito ideal, experiência passada, padrões de desempenho, balanços de desempenho, etc. A origem das expectativas é diversa, sendo capaz de chegar através de *word-of-mouth*, da promessa do vendedor, ou de factores incidentais (Zeithalm, Berry e Parasuraman, 1991).

Contra esta opinião antiga e dominante, que os autores referidos consagraram no seu famoso artigo, foram feitas experiências com resultados *contraditórios*. Por exemplo, já Tse e Wilton em 1983 encontraram nos suas pesquisas que, o desempenho da firma era melhor preditor da satisfação do cliente do que as suas expectativas. Outro problema torna-se inerente à questão da medição da expectativa. Um dos trabalhos mais interessantes encontrados foi o de Woodruff, et al. (1991), no qual para prevenir esse problema, os autores defendem uma de três opções: prevenir a medição das expectativas evitando-a, usar vários padrões em simultâneo, ou pedir aos consumidores para especificar qual o padrão que usavam.

Se se compreender a satisfação como tendo uma base atitudinal, então pode-se medi-la da mesma maneira que medimos as atitudes. Alguns artigos na literatura científica mais antiga contudo não contestados e referenciados amiúde desde então, apontam nesta direcção (Churchill e Surprenant, 1982; Cooper, Copper e Duhan, 1989; Dabolkar, 1993). Não foi no entanto algo que fizesse grande escola, pois nos últimos 15 anos não se produziram desenvolvimentos expressivos nessa linha. Uma possível razão é a de que como se viu na literatura, haver um grande consenso ao admitir a existência de fortes contribuições emocionais na satisfação. Portanto muita da informação perder-se-á usando metodologias que apelem apenas ao esforço cognitivo do respondente e ainda não existem ferramentas capazes de trabalhar com segurança os elementos emocionais subjacentes às atitudes.

Procurou-se fora da literatura do marketing eventual solução para o problema. Têm-se registado noutras ciências contribuições para a medição de emoções designadamente no domínio clínico e mesmo aí há grandes limitações às generalizações, vindas da enorme influência da clínica patológica. Essa presença da psicopatologia é visível em testes e inquéritos, como as técnicas projectivas, aperceptivas e associativas, tendo por isso a medição de emoções de permanecer em aberto, até que haja uma ferramenta capaz de avaliar de modo consistente as emoções humanas segundo uma métrica partilhada.

Ainda relacionado com a falta de ligação entre realidades existentes e medidas, está a constatação de que os valores de satisfação são subvalorizados particularmente nas cotações existentes do lado negativo da escala, (Bloemer e Poiesz, 1989).

2.2.5. Relação entre satisfação e outros indicadores habitualmente associados à Gestão do cliente.

A Satisfação tem uma relação estreita com outros indicadores de gestão do cliente, tais como a fidelidade, ferramentas de retenção de cliente, etc. (Heskett et al., 1990; Yi, 1991; Bolton e Drew, 1991; Dick e Basu, 1994; Barlow et al., 2000; Hill e Alexander, 2000; Kristensen et al., 2001; Anderson, 2004; Bahnan, 2007) com um suporte que confere um bom grau de segurança nas análises e outras leituras que se entenda fazer. Porém outras propriedades da satisfação do cliente, foram identificadas mas ainda com suporte literário insuficiente, destaca-se:

- A redução de custo de gestão do cliente, (Reicheld e Sasser, 1990a, 1990b): os clientes com elevada satisfação são mais leais e necessitam de menos dinheiro investido na sua administração. Existem também reduções de custo em despesas de publicidade, porque os clientes satisfeitos promovem entre si positivamente a marca como se fossem eles próprios os “*brand endorsers*” (Fornell, 1992; Anderson, 1998; Zeithaml, 2006).
- Melhor elasticidade do preço: Clientes fiéis são menos sensíveis às mudanças de preço, e mudam menos de marca nas elasticidades cruzadas. (Anderson e Sullivan, 1993; Zeithalm e Bitner 2004; Zeithalm 2006).
- O cliente como um activo insubstituível: Anderson e Fornell (2000) defendem que os clientes podem ser avaliados em termos valorimétricos. Este conceito deve ser para os autores, incorporado no valor de mercado de cada empresa. Isto não é uma novidade, pois quando uma empresa é transaccionada tem-se em conta a incorporação de valores comerciais. A contribuição de Anderson e Fornell, reside na tentativa de ligar o nível de satisfação do cliente ao lucro potencial⁴² que advirá dos clientes da empresa, baseando-se na ideia que um cliente satisfeito gera mais lucro que um cliente insatisfeito. A ideia foi mais tarde desenvolvida por Anderson, Fornell, & Mazvancheryl (2004).

⁴² “Value customer life”

Em 2006, Gupta e Zeithaml realizaram um meta-estudo sobre a problemática das relações da satisfação / qualidade de serviço com os outros indicadores de gestão, tratando de modo indiferenciado se era de satisfação ou de qualidade de serviço que se tratava, mas sim a relação dessas instâncias na óptica do consumidor, e a impactação nos resultados financeiros das empresas. Da leitura crítica e sintetizadora bem como do emprego de medições directas e indirectas, resultaram nove corolários que as autoras designaram por “generalizações de gestão”, os quais se caracterizam por ter uma boa fundamentação teórica na literatura científica. São eles:

1. A satisfação do consumidor tem um impacto positivo na performance financeira da firma.
2. A relação entre satisfação e rentabilidade é assimétrica e não linear.
3. A força da relação entre satisfação e rentabilidade varia através das indústrias e entre firmas da mesma indústria.
4. Há uma relação positiva entre satisfação do consumidor e retenção do consumidor. No entanto ainda não se estabeleceu detalhadamente essa relação com métricas de observação directas nem nas medições indirectas.
5. Enquanto há uma forte correlação entre satisfação do consumidor e qualidade de serviço com as intenções de compra, não a há com a predição de comportamento
6. A relação entre a medição observável e não observável é não-linear
7. As decisões de marketing baseadas nas métricas observáveis do consumidor melhoram a performance financeira.
8. A retenção do consumidor é uma das chaves principais da rentabilidade.
9. As métricas do consumidor CLV (Customer Lifetime Value), e CE (customer equity) são uma boa base para avaliar o valor de uma firma.

2.2.6 A Satisfação como um indicador económico de base nacional

Fornell (1998) refere a satisfação do cliente como um dos indicadores económicos básicos a nível das nações, em paridade com a taxa de inflação, a taxa de desemprego e valor do PIB. Este indicador denomina-se para os EUA “ACSI”, acrónimo de “índice de satisfação do cliente americano”. Foi oficialmente adoptado pelas autoridades económicas dos EUA em 1998, após seis anos de avaliação e

melhoramentos. Ao longo desse período demonstrou-se que o ACSI foi um dos melhores preditores dos indicadores de saúde económica nacional, assim como o melhor preditor do mercado da Bolsa de Nova Iorque, no Índice Dow Jones. Fornell utilizou uma base amostral de 500 empresas agrupadas por sector económico. A melhor capacidade de previsão surgiu na comparação dos índices de satisfação dos consumidores dessas empresas de há um trimestre atrás com a cotação actual. Por exemplo, se no sector do aço houver agora uma mudança no seu ACSI sectorial, há uma alta probabilidade de as cotações bolsistas das empresas deste sector virem no próximo trimestre, a sofrer flutuação em idêntico sentido, tomando-se por referência de cálculo a Renda Ricardiana (valor da cotação adicionado aos pagamentos de dividendos) (Fornell, op.cit.).

O ACSI resultou de uma experiência do governo sueco conduzida por Fornell em 1989 (Fornell et al., 1991). Neste trabalho pioneiro, o autor agrupou as empresas dos principais sectores da economia Sueca, e verificou em que medida havia interesse para um país em criar um indicador nacional de satisfação do consumidor com recurso às opiniões dos cidadãos, pronunciando-se estes sobre uma multiplicidade de consumos. Verificou também que na maioria dos sectores há estreita relação entre a satisfação dos consumidores, e a lealdade destes às marcas ou empresas. Alguns sectores económicos fugiram a esta regra, chegando mesmo a apresentar padrões inversos, gerando polémica não esclarecida até à data. Por exemplo, o sector de emissão televisiva evidenciou um padrão aparentemente sem sentido: Foi de todos aquele onde as pessoas disseram ser o que tem menor qualidade, e menos gerador de satisfação. Contudo foi também o que maior lealdade promoveu. O estudo foi mais tarde repetido pelo autor (Fornell, 1998), surgindo as TV's ainda com pior *score* de satisfação, mas aumentando a lealdade do consumidor relativamente ao estudo anterior.

2.2.7. Síntese do capítulo sobre Satisfação

À semelhança do que sucedeu no capítulo anterior, também a Satisfação do Consumidor teve nos últimos trinta anos um percurso semelhante nas suas componentes conceptuais, instrumentais e aplicativas: enormes expectativas dos

académicos e gestores, com um generalizado incumprimento dessas expectativas, o qual resulta por exemplo no facto de que quase todas as grandes empresas dos países Ocidentais terem algum grau de preocupação na satisfação do consumidor, mas os diferentes índices caem de modo consistente.

A interpretação do que é “estar satisfeito” está ainda muito longe de uma explicação globalmente aceite, repartindo-se os investigadores entre os que são mais sensíveis aos argumentos ligados à cogniscência e os que o são à componente emocional.

Mau grado o reconhecimento de todas estas limitações, considera-se a Satisfação um constructo de enorme potencialidade, a ponto de se ter tornado um dos indicadores base da economia dos Estados, como o sejam o ACSI nos EUA, e o ECSI na UE27. Do mesmo modo ao nível microeconómico independentemente da génese e estrutura da Satisfação estão demonstradas uma serie de relações entre a sua constatação mensurada e outros elementos económico-financeiros das empresas, tornando-a um elemento preditor da saúde económica das firmas.

Tal como já se tinha verificado a propósito da Qualidade de Serviço, existe uma consciência da comunidade dos investigadores de que as ferramentas de medição da Satisfação do Consumidor têm uma enorme falta de qualidade psicométrica, em particular as de aplicação ao nível empresarial.

A ferramenta mais empregue na última década em Qualidade de Serviço tem sido o SERVQUAL. Alguns autores utilizam-na também como avaliador da satisfação dos consumidores. O próximo capítulo vai analisar esta a problemática.

2.3. Modelo SERVQUAL

O principal modelo discutido nesta tese é o SERVQUAL, o mais usado em todo o mundo no contexto do marketing de serviços, tanto no ambiente académico como no dos campos aplicados. Especificando os aspectos da sua natureza:

2.3.1. Conceito subjacente ao SERVQUAL

O modelo SERVQUAL foi desenvolvido por Parasuraman, Zeithalm e Berry, grupo que quando trabalhou sob este propósito ficou designado por “PZB”. O modelo foi criado como aplicativo a partir do modelo de *Gap Analysis* (PZB, 1985), e apresentado à comunidade científica sob modelo de qualidade de serviço com 10 dimensões (PZB, 1988), (*reliability, responsiveness, competence, access, courtesy, communication, credibility, security, understanding or knowing the customer and tangibles* (op. cit.)) sofrendo melhoramentos de fundo até à versão base de 5 dimensões (PZB, 1991).

O objectivo do modelo é servir de elemento de avaliação qualitativo e quantitativo no domínio da prestação de serviços, tendo como referências a percepção de qualidade de serviço pelo consumidor, e as suas expectativas a propósito de um dado consumo.

Pretende avaliar a qualidade dos serviços providenciados ao consumidor, baseando-se em duas instâncias (desconfirmação de expectativas e desempenhos), medidos através de 5 factores (fiabilidade, prontidão de resposta, empatia, segurança, e elementos tangíveis), em cada uma das instâncias.

Em termos conceptuais pode-se congregiar os trabalhos relacionados com o SERVQUAL dentro de duas perspectivas: a de Woodside (1991), a qual admite que o aumento da qualidade de serviço leva ao aumento de satisfação do consumidor, e uma outra de Mary Jo Bitner (1994) que contradiz esta posição, isto é, para a autora há momentos (*service encounters*) nos quais a forma de relação no acto da prestação do serviço, determina em larga medida a satisfação que o consumidor irá sentir pela prestação do serviço de modo independente da qualidade objectiva.

Um aspecto da maior importância no SERVQUAL, é o de não estabelecer o indicador de qualidade de serviço de uma forma agregada, tipo ISC, mas olhar para a panóplia de *Gap's* analisando-o um a um, e procurando aqueles que não estejam a desempenhar da forma desejada a solução de Gestão.

Apesar de ser um modelo desenhado desde a sua raiz para a medição de qualidade de serviço, os autores empregam-no igualmente como elemento de avaliação da satisfação. Esta leitura não é pacífica e como se verá mais tarde passível de críticas.

2.3.2. SERVQUAL: experiência acumulada

Quando se desenvolveu a metodologia do SERVQUAL foi testada e implementada pelos seus autores nos mercados de vendas a retalho, empresas de comunicação telefónica de longa distância, vendas de seguros, firmas de manutenção e empresas de cartões de crédito. Esta nota histórica é relevante, para contextualizar o tipo de problemas com os quais os autores tiveram de lidar e dar resposta. A natureza dos negócios onde nasce o SERVQUAL é bem diversa daquela visada na presente Tese, e dos muitos artigos críticos a esta metodologia⁴³. Não significa esta chamada de atenção desvalorizar o valor intrínseco do trabalho desenvolvido pelo autores, mas tão só delimitar a validação ecológica da pesquisa inicial onde o modelo foi criado.

Mais tarde o Modelo foi aplicado directa ou indirectamente em múltiplos sectores da actividade económica sendo talvez o Modelo de medição de qualidade de serviço com maior projecção na actualidade. Destaca-se a título de ilustração, e só fazendo invocação dos mais recentes, a aplicação aos serviços públicos: por exemplo serviços de policiamento (Donnelly, Rimmer e Shiu 2006); governação local e regional (Sullivan et al., 2007); actividades de exploração económica, p.e. logística (Soon, Kim e Shoo, 2006), serviços escolares universitários (Arambewella e Hall 2006; Tyran e Ross 2007); disponibilização de tecnologias ao grande público (Anitsal e Paige,

⁴³ Na discussão deste aspecto que ocorreu acerca desta Tese com os Professores Parsu Parasuraman e Valery Zeithalm, eles próprios não só reconheceram a importância das diferenças de padrão de resposta obtíveis em diferentes sectores de actividade, como chamaram a atenção para a génese do SERVQUAL.

2006), sempre com processos de adaptação contextuais. Por exemplo neste último caso passou-se 5 para 6 factores, e com reajuste da definição de alguns deles.

Desde o seu início em 1991 até à actualidade, talvez tenham sido publicados trabalhos que cubram toda a actividade económica, constando no agregado das seis bases de dados científicas de publicação referenciada de gestão e economia⁴⁴, 1024 trabalhos de aplicativos nesse período, cuja *keyword* foi o SERVQUAL.

À medida que vão publicando artigos sobre o SERVQUAL, os vários autores ao concretizarem os trabalhos analisam múltiplos aspectos psicométricos do modelo: viabilidade do modelo, validade ecológica; validade facial; consistências interna e externa, etc. embora o façam nos contextos específicos onde decorreram as suas pesquisas.

Baseado em resultados das aplicações do SERVQUAL, muitos autores têm vindo a criticar o modelo: um grupo de críticos foca o seu argumento à volta das dimensões da qualidade de serviço (Carman, 1991; Brown et al., 1993; Teas, 1993; Rosen e Karwan, 1994; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000). Eles alegam que as dimensões SERVQUAL têm uma pobre diferenciação quando os dados são sujeitos à análise factorial, e que as definições das instâncias e dos factores são confusas. Os conceitos são tão amplos e subjectivos que para as pessoas inqueridas, factores como a empatia ou a confiança são coisas tão diversas que ao responderem evocam diferentes constructos.

Um segundo grupo de críticos põe em destaque a definição de satisfação para os autores do modelo PZB. Como se viu anteriormente é muito difícil definir satisfação como um paradigma de constructo científico. Para esses autores medir satisfação utilizando as 5 dimensões do SERVQUAL é no mínimo arriscado (Claycomb e Mowen, 1992), Buttle (1996), Brady e Cronin (2001). O resultado desse enviesamento conceptual tem como consequência uma distribuição anormal dos dados, (Peterson e Wilson, 1992).

⁴⁴ EconLit, Abinform, UMI, Elsevier, Emerald e Perseus.

Recentemente, Carrillat et al. (2007), num estudo comparativo das propriedades métricas do SERVQUAL e do SERVPREF, procederam a uma meta-análise dos estudos referentes a essa matéria. As conclusões relativas ao SERVQUAL foram a de que se a perspectiva de qualidade de serviço for genérica, tem um bom comportamento psicométrico. Porém esse comportamento é melhorado quando se procede a contextualizações sectoriais e se desenvolvem variantes específicas. Verificaram também que os comportamentos do SERVQUAL são melhores em países não anglófonos, culturas menos individualistas e em sectores económicos com um nível intermédio de “costumização”.

2.3.3. Outros Modelos de avaliação da qualidade de serviço derivados do SERVQUAL

Dadas as limitações endógenas do SERVQUAL, foram desenvolvidas variantes que visam manter aquilo que o modelo tem de mais positivo, adaptando-o contudo a novas realidades, tanto nos seus conteúdos de inquirição como nos protocolos aplicativos.

O SERVPREF de Cronin e Taylor (1992) aparece em crítica ao SERVQUAL e apresentando-se como uma alternativa, mas sempre foi encarado como um seu descendente e apreciado de modo diferencial. Nos referidos meta-estudo de Carrillat et al. (2007) as propriedades psicométricas e comportamento geral são muito similares em ambas as ferramentas, embora com vantagem (na perspectiva dos autores) para o SERVPREF. A ideia que preside a Cronin e Taylor no desenho do SERVPREF é a de que qualidade de serviço e performance são uma só coisa pelo que será o bastante aplicar uma só vez as dimensões do SERVQUAL.

Ao longo dos anos muitas variantes têm sido desenvolvidas num esforço de contextualização da ferramenta às realidades. Centrando somente nas mais recentes: Para a área do ensino superior foi desenvolvido o SUPERQUAL, (Hair, 2006), no qual o autor pretendeu criar uma ferramenta para avaliar a qualidade de serviço proporcionada aos alunos de Doutoramento, e a satisfação destes.

Dois dos autores do SERVQUAL (Valerie Zeithalm, e Parsu Parasuraman) em conjunto com Malhotra estudaram os factores para aplicação ao ambiente de compras

on-line e verificaram que o SERVQUAL baqueava, pelo que desenvolveram (2005) o E-S-Qual. Nele figuram também 22 perguntas, mas agora agrupados em quatro factores: eficiência, preenchimento, disponibilidade e privacidade. A aplicação do E-S-Qual realiza-se a dois passos sendo complementada por um segundo inquérito E-RecS-Qual com 11 itens e 3 escalas: capacidade de resposta, compensação e contacto. Os autores testaram a psicometria do modelo com recurso às SEM's com bons resultados.

Restringindo agora apenas às variantes mais próximas do *campus* de saúde utilizado na presente pesquisa, encontra-se o SERVUSE de Strawderman e Koubek (2006), destinado a verificar se o serviço prestado nas enfermarias era afectado por estas serem frequentadas por estudantes de medicina. Além das 5 dimensões base do SERVQUAL os autores juntaram-lhe mais uma (o uso do espaço pelos estudantes) e administraram a uma amostra de 200 doentes. Concluíram que o instrumento era uma boa ferramenta por ter dado um Gap negativo de 0,357 pontos⁴⁵.

Uma outra versão foi o REFERQUAL, (Cock et al., 2006) a qual foi desenhada para servir de meio de avaliação das recomendações que se fazem nos Centros de Saúde ingleses aos doentes que são encaminhados para prestadores de cuidados convencionados. Os autores consideraram a ferramenta muito útil, tendo sido indicada para avaliar as recomendações de encaminhamento de doentes em Inglaterra.

Também na descendência directa do SERVQUAL há o QPC, acrónimo de Quality Psychiatric Care, desenvolvido nos países nórdicos para avaliação da qualidade de serviço segundo a opinião dos doentes mentais. Embora os seus autores Schroder et al. (2007) não reiviniquem a ascendência do modelo PZB, porventura por existirem muitas alterações ao modelo original, o essencial é mantido.

⁴⁵ Apesar de não se ter ficado entusiasmado com os resultados, inclui-se esta referência por ter sido publicada numa revista de prestígio internacional especializada na matéria, e ser um trabalho muito recente.

2.3.4. Síntese do capítulo sobre SERVQUAL

O emprego generalizado do SERVQUAL permitiu que fosse a única ferramenta de medição de Qualidade de Serviço com publicações científicas cobrindo a quase totalidade dos sectores económicos. No entanto esse sucesso não foi capaz de gerar consenso entre os investigadores, somando-se as publicações que identificam fragilidades conceptuais, e operacionais ao SERVQUAL.

Como elementos nucleares dessa “falha” aponta-se a necessidade de recurso ao “GAP”, situação que lhe induz automaticamente uma enorme serie de limitações matemáticas e psicométricas. Também os resultados de medição dos *gap*'s demonstram por vezes situações de clara falta de aderência à realidade.

Verificou-se igualmente que se o SERVQUAL tem uma aplicabilidade genérica bastante aceitável, mas quando se passa para contextos de particularização os relatos são maioritariamente de falha. Numa tentativa de resolver essa questão, os gestores e alguns académicos fundamentados na aplicação do paradigma de *gap* têm procedido à livre criação de versões, sem contudo acautelar estudos que validem o seu trabalho. Os resultados sendo melhores do que com o modelo genérico, têm sido criticados por ausência de fundamentação empírica suficiente.

Para ultrapassar estes factos, tentou-se nos últimos cinco a dez anos criar variantes específicas do modelo, devidamente fundamentadas no conhecimento psicométrico e dos respectivos conteúdos. Nalguns casos o resultado final afasta-se muito do modelo original. A criação de ferramentas específicas de avaliação de qualidade de serviço é um trabalho ainda apenas começado.

2.4. Literatura aplicada ao campo da saúde

Além da revisão de literatura incidente nos conceitos genéricos, dedica-se agora atenção à especificidade do campo aplicativo do trabalho de campo.

Os Serviços de Saúde pela sua complexidade intrínseca e intensidade da vivência do cliente na prestação dos serviços são uma das áreas mais interessantes para a investigação da qualidade de serviço e da satisfação do consumidor.

Acresce ao interesse genérico do tema que a prestação dos Serviços de Saúde, enquanto sector de actividade económica ter um dos maiores ritmos de crescimento em todo o mundo, empregando um número crescente de profissionais, recorrendo a tecnologias das mais avançadas e exigindo investimento expressivo de capitais.

2.4.1. A importância económica dos sistemas de serviços de saúde

Interessa analisar as tendências do que se passa na Gestão de Saúde de um país como os Estados Unidos, porque em larga medida, aquilo que se passa na Gestão de Saúde dos países da Europa Ocidental foi (devidamente crivado pelas diferenças contextuais e culturais) o que se passou uma década antes nos EUA. Portugal segue o resto da Europa com alguns anos mais de posteridade⁴⁶. Portanto olhar para a gestão de saúde dos EUA, é de alguma forma o equivalente a antever aproximadamente o que reserva o futuro, com a vantagem de que se pode com tempo estudar os muitos problemas com que lá se depararam.

Os EUA empregam uma grande percentagem do seu P.I.B. nos serviços de saúde. Actualmente ronda os 16%, segundo os dados oficiais (FedStat 2007. Net Ref.), cuja expressão monetária foi em 2005 de 1.987.700 milhões de USD. A composição da despesa é de 54,6% privada e 45,4% pública. Com uma taxa de crescimento superior à

⁴⁶ *A referência é naturalmente de tendências médias. Há na gestão de saúde em Portugal, como em todas as realidades complexas, elementos de grande modernidade e mesmo de liderança internacional, como é o caso da gestão da saúde neonatal, e casos de manifesto anquilosamento de gestão.*

do crescimento do PIB nominal desde 1960 (op.cit.). O gigantismo de tais valores é ainda mais expressivo na série temporal apresentada no Quadro 5:

Quadro 5 – Esforço com despesa de saúde nos EUA

Ano	Valor monetário (milhões de USD)	Porcentagem do PIB
1970	75.100	7,2
1980	254.900	9,1
1990	717.300	12,4
2000	1.358.500	13,8
2005	1.987.700	16,0

Fonte: Adaptado de FedStat 2007 Net Ref. :
<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>.

Mesmo nos países economicamente menos desenvolvidos a despesa é muito significativa. Para Portugal o Eurostat define a despesa de saúde em 2004 nos 6,5% do PIB (Eurostat, 2007). No entanto diferentes metodologias de cálculo fazem variar bastante os montantes atribuídos a essa classe de despesa. Por exemplo a OCDE já estimava para o ano de 1998, a despesa em 8% do P.I.B. (OCDE 2000) quando o Eurostat atribuía 6,1% nesse mesmo ano.

No ano de 2004 a UE25 (ver Quadro 6), também segundo o Eurostat, gastou 7,4% do seu PIB em despesas de saúde, desfrutando de melhores indicadores de saúde que os EUA. Nos países em que os serviços de saúde são maioritariamente Estatais, a despesa tende a ser menor do que nos que impera a iniciativa privada, se forem tomadas em consideração idênticas coberturas clínicas, cobertura populacional e qualidade técnica.

Quadro 6 – Esforço da despesa em saúde na UE em função do PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
UE25	:	:	:	:	:	:	:	7.0	7.3	7.4	7.6	7.4
UE15	7.5	7.4	7.4	7.3	7.0	7.0	7.0	7.1	7.4	7.5	7.7	7.5
Alemanha	8.1	8.2	8.4	8.4	7.9	7.8	7.9	8.0	8.1	8.1	8.1	7.7
Áustria	7.0	7.0	7.1	7.0	7.1	7.1	7.3	6.9	7.0	7.2	7.1	7.1
Bélgica	6.9	6.7	6.3	6.7	6.2	6.3	6.3	6.1	6.3	6.5	7.6	7.4
Chipre	:	:	:	:	:	:	:	:	4.0	4.1	:	4.8
Dinamarca	5.9	5.5	5.5	5.4	5.3	5.6	5.7	5.7	5.8	6.1	6.1	6.1
Eslováquia	:	:	6.0	7.1	7.0	7.0	6.6	6.6	6.5	6.4	5.8	7.1
Eslovénia	:	:	:	7.2	7.4	7.5	7.4	7.5	7.7	7.7	7.8	7.8
Espanha	6.6	6.4	6.1	6.2	5.9	5.8	5.8	5.6	5.7	5.8	5.9	6.0
Estónia	:	:	:	:	:	:	:	4.5	4.3	4.0	4.2	4.2
Finlândia	7.2	6.7	6.4	6.5	6.2	5.9	5.9	5.8	6.1	6.3	6.5	6.6
França	8.1	8.1	8.1	8.2	8.1	8.0	8.0	7.9	8.2	8.5	8.9	8.8
Grécia	5.5	5.6	5.6	5.5	5.7	5.7	6.0	6.7	6.8	6.7	6.7	6.7
Holanda	9.1	8.5	8.3	7.8	7.6	7.5	7.7	7.5	7.5	7.9	8.2	8.1
Hungria	:	:	:	:	:	:	5.6	5.4	5.3	5.7	6.2	6.0
Irlanda	6.7	6.6	6.5	5.9	5.7	5.5	5.6	5.5	6.1	6.3	6.6	6.9
Islândia	7.3	7.0	7.2	7.0	7.0	7.0	7.6	7.6	7.6	8.1	8.5	7.9
Itália	6.4	6.0	5.5	5.6	5.7	5.7	5.7	6.1	6.4	6.5	6.5	6.5
Letónia	:	:	:	:	:	:	:	2.5	2.7	2.6	3.0	3.0
Lituânia	:	:	:	:	:	:	:	4.6	4.3	4.1	3.9	3.8
Luxemburgo	6.1	5.5	5.7	6.0	5.6	5.3	5.4	5.0	5.3	5.6	5.8	5.5
Malta	:	:	4.2	4.3	4.7	:	4.1	4.3	4.4	4.5	4.8	5.0
Noruega	7.6	7.4	7.4	7.6	7.8	8.6	8.7	8.2	8.7	8.8	9.4	8.5
Polónia	:	:	:	:	:	:	:	3.9	4.1	4.4	4.3	3.8
Portugal	6.3	6.8	7.0	5.8	5.8	5.9	6.1	6.2	6.3	6.7	6.5	7.1
Reino Unido	6.7	6.6	6.5	6.4	6.3	6.5	6.5	6.7	7.3	7.3	7.7	7.8
Rep. Checa	:	:	6.4	6.4	6.4	6.2	6.3	6.5	6.6	7.1	7.1	6.7
Suécia	8.6	7.8	7.5	7.4	7.4	7.7	7.9	8.2	8.1	8.5	8.5	8.0

Fonte: Eurostat 2007. Nota o ano de 2004 ainda tem valores provisórios.

2.4.2. A Qualidade de Serviço no ambiente de Serviços de Saúde

Os constructos trabalhados nesta Tese, (qualidade e satisfação), não podem ser transpostos mecanicamente para o domínio da Saúde. Mas foi aprendido que seria uma insuficiência absoluta ignorar o desenvolvimento levado a cabo nas áreas externas à saúde, onde eles começaram a ser desenvolvidos. O precursor dessa leitura de abertura ao Mundo exterior à saúde foi Berwick, D. (1989, 1994, 1999).

2.4.2.1 As origens

As primeiras publicações acerca da qualidade dos Serviços de Saúde surgiram no contexto da enfermagem, em 1854, num trabalho de Florence Nightingale sobre aquilo que hoje se designa por redução dos custos de não-qualidade, (Bull, 1992) mostrou que se um método de monitorização gráfica fosse aplicado os custos diminuíam em 90%. Noutro trabalho, Nightingale demonstrou que a adopção de regras de higiene nas enfermarias de campanha da guerra da Crimeia reduzia a mortalidade dos soldados, em 75%, Bull (1992, op. cit.).

Foi necessário esperar até 1914 quando Ernest Codman publicou nos Estados Unidos um trabalho semelhante, aplicado à cirurgia, para que se saísse do âmbito exclusivo da enfermagem e os médicos ficassem preocupados também com esta temática (Al-Assaf, 1993).

A partir do trabalho de Codman, resultaria o HSP (Programa de Estandarização Hospitalar), o sistema protocolar mais antigo de qualidade de serviço de um Serviço de Saúde. Posteriormente, em 1952, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Serviço de Saúde (JCAHO⁴⁷), a qual correspondeu nessa altura ao enfoque da atenção para assuntos que já fossem só os de técnica hospitalar clínica. Somaram-se aos tradicionais cuidados os protocolos que os fornecedores dos organismos de saúde deviam cumprir. Na versão original todos eles cabiam numa página A4. Hoje a listagem ocupa um livro extenso, embora incluía outras áreas inicialmente não previstas, como as da clínica geral, inseridas nos anos 70, e os cuidados ambulatoriais, (Franko, 2002 Net Ref).

⁴⁷ *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation*

Até meio dos anos 70, a JCAHO estava focalizada para a prestação de cuidados clínicos. Daí em diante verificou-se um alargamento para a administração hospitalar, (décadas de 70 e 80), aspectos de *delivering* do serviço, etc. (Al Assaf op. cit.).

Na Europa, este movimento iniciou-se substancialmente mais tarde, e a natureza do tipo de prestadores de cuidados, basicamente Serviços Nacionais de Saúde, impediu uma transposição directa daquilo que foi feito nos Estados Unidos. Um dos modelos mais projectados, e o que é o principal modelo adoptado em Portugal⁴⁸, é o King's Fund, desenvolvido pelo Matched Kingdom nos anos 50 do século passado. Este modelo apresentando boa qualidade no controlo de qualidade dos processos, tem ainda grandes limitações em tudo o que está relacionado com o processo de *delivering*. No anexo 2 figuram as entidades de saúde acreditadas em Portugal.

Tanto a JCAHO, como o King' Fund são referências em relação à qualidade na Saúde, mas não são ainda o modelo paradigmático, sendo aceite apenas como um conjunto de critérios mínimos que os prestadores de cuidados de saúde deverão garantir. Falta um modelo global, devidamente fundamentado, e com capacidade preditiva de resultados. Apenas o TQH, descrito no próximo ponto, se aproxima desse conceito, podendo incluir nos elementos operacionais qualquer um dos citados JCAHO ou King's Fund.

2.4.2.2. Desenvolvimentos recentes

Os grandes movimentos de fundo⁴⁹ na área da qualidade de serviço, enquanto filosofia de Gestão de Saúde, começaram nos Estados Unidos no princípio dos anos 80 do século XX, através da filosofia de melhoramento contínuo da Qualidade (CIQ na designação anglo-saxónica) em linha com a lógica de instrumentação de Juran,

⁴⁸ Em 1998 o Sistema King's Fund foi adoptado como "O" modelo de acreditação hospitalar, para Portugal sendo destronado dessa posição com a criação da Unidade de Missão dos Hospitais S.A. em 2003 a qual optou pela transposição da JCAHO. Hoje o Instituto para a Qualidade da Saúde do Ministério da Saúde gere ambos os modelos.

⁴⁹ Já existiam como se viu, esforços desde 1914 com Codman, mas não como movimento de interesse nacional.

promovidas por um seu discípulo, Donabedian (1980, 1988) que a adaptou à área da saúde.

A eclosão da mudança de mentalidades em saúde foi resultado não só das alterações do ambiente económico e tecnológico, o que conduziu a uma competição de mercado no novo palco competitivo da díade qualidade-satisfação. Nas últimas décadas houve uma alteração profunda do comportamento do consumidor no mercado, com as mais profundas consequências e por inerência também no consumo dos serviços do Serviços de Saúde (Berthon et al., 1997).

A razão principal para essa transformação é a de que nunca antes os consumidores tiveram um nível tão elevado de educação. Mesmo nos países tradicionalmente pouco desenvolvidos a iliteracia está a diminuir e de uma forma geral, todos os governos independentemente da sua orientação política são sensíveis à necessidade de proporcionar formação aos cidadãos. O resultado deste movimento social é o de que há uma tendência para o aumento formativo, o qual se prolongará seguramente nas próximas décadas. Os cidadãos viram a distância média de formação entre si e o médico encurtar-se reduzindo drasticamente a assimetria usual. Por outro lado, dada a existência de tarefas cada vez mais complexas e díspares na prestação de serviços de saúde, repartiu-se o saber clínico por vários elementos profissionais para além dos médicos, retirando a estes o protagonismo absoluto advindo do tradicional papel que na gíria anglo-saxónica é designado por "*doctor playing god*".

No entanto nem sempre foi pacífico aceitar o doente como um parceiro fundamental do processo de avaliação dos serviços de saúde. Um dos primeiros autores a valorizar a importância das percepções de qualidade de serviço dos pacientes foi Donabedian (1980) no seu livro clássico "*Definition of quality and approaches to its assesment*".

O médico ainda detém um peso considerável na percepção dos pacientes ao nível das instituições e serviços de saúde, acreditando-se contudo por via dessa repartição de saberes que possa vir a diminuir a sua importância relativa, (Al-Assaf, 1993).

Quanto maior for a paridade de conhecimentos e estatuto social entre o doente e o médico, mais o paciente exigirá informação (op.cit.) e participar na decisão do que lhe será feito na prestação do serviço. Frequentemente o doente tende a evocar alternativas para o seu tratamento, particularmente em situações de alto risco, como as estudadas nesta Tese. Um estudo desse autor (ibid.) indica as percentagens de decisões distribuídas entre médicos e pacientes nas últimas décadas nos Estados Unidos, ver Quadro 7.

Quadro 7 – Participação do doente na tomada de decisão clínica nos EUA

Décadas/ Anos	% de decisões médicas	% de decisões de pacientes
60	95	5
70	90	10
80	85	15
1984	70	30
1990	50	50

Fonte: Al-Assaf (1993) Pag. 24

Após essa fase de fundamentação da decisão conjunta do protocolo clínico por reacerto de partilha de poder, a evolução do conceito de tomada as decisões em conjunto com o doente passou nos últimos anos de uma opção ética, para uma estratégia de gestão clínica sob os conceitos de “*patient partnership*” e “*patient centered care*” nos quais o doente é tão envolvido quanto possível em todos os passos do processo clínico, para que possa ser um parceiro co-responsável dos protocolos, Laing (2002), Mead (2002). Há evidência (Ponte, 2003), de ganhos clínicos por maior adesão dos doentes a um processo que compreendem, maior autonomia, bem como melhor aproveitamento das consultas clínicas, (Ford, 2003).

Da dialéctica criada entre as abordagens clínica do médico, e pessoal do doente, pode gerar-se um aumento objectivo dos desempenhos de qualidade clínica, Wensing (2000), Wensing e Elwyn (2002, 2003). Estes autores estudaram um conjunto de pesquisas por meta-estudo, e demonstraram que a incorporação da perspectiva do

doente (a qual pode ser obtida directamente ou com recurso a ferramentas próprias) contribui para lhe proporcionar o tratamento que deseja, mas também que essa nova aproximação pode trazer riscos ainda desconhecidos, designadamente porque os instrumentos de recolha de opiniões, preferências, e avaliações dos doentes⁵⁰ ainda se encontram em estado muito atrasados de desenvolvimento. Por exemplo verificaram que só 46% dos estudos dispõem de validação ou de cálculo de fidedignidade. A maioria também não tem demonstrado as suas propriedades psicométricas de discriminação, consistência interna, etc., por último constataram que as amostras tendem a ser de muito baixa qualidade, porque a média internacional de taxa de resposta foi de apenas 60% (op. cit.), tendo os autores verificado vários procedimentos protocolares que alteram as qualificações das amostras (ser o próprio clínico quem recruta os doentes, haver estudos em que a participação é sujeita a remuneração monetária, recurso a tecnologias de informação, etc.). Por último os elementos protocolares éticos nem sempre existiram, ou não foram aplicados.

Vinda de um contexto externo à prestação de cuidados de saúde, Zeithalm (2000), contribuiu para o reforço da posição de envolvimento do doente, mostrando que a zona de tolerância dos clientes aumenta, na medida em que os consigam envolver no processo de tomada de decisão, porque ao serem comprometidos nos resultados, não querem falhar ou sentir que falharam. Bendapudi e Leone (2003) vieram confirmar experimentalmente este facto: nas situações de *self-service* também a satisfação tende a ser melhor cotada do que quando o cliente tem uma posição passiva. Choi e Mattilla (a sair em 2008) complementaram este conhecimento verificando que o sentimento é mediado pelo grau de responsabilidade do cliente (o estudo também incidiu em situações fora do contexto de saúde). Quando o cliente sente que não foi envolvido e a responsabilidade é exclusiva do prestador, exacerba o seu descontentamento acerca da prestação do serviço se ele for interpretado como negativo. Quando é envolvido e participa pelo menos parcialmente naquilo que correu mal e mitiga o impacto negativo.

⁵⁰ *Eles abarcaram mais indicadores para além da Satisfação e avaliação da Qualidade de serviço, como sejam as avaliações da Qualidade de vida, etc. O problema é que todos esses indicadores padecem das mesmas carências e falta de estudo de suporte.*

Mais genericamente, por não ter sido desenhado a pensar no campo da saúde, o Modelo de Swan e Bowers (1997, 1998) designado por “*option-choosing*” contribui para esta linha de raciocínio: admite um elemento mediatizador da percepção da qualidade de serviço, devido à possibilidade do cliente estar envolvido no processo de tomada de decisão, sendo sempre no sentido do aumento de positividade das avaliações, em todas as células onde se verifique o exercício de opção. O Modelo *Option-choosing* ainda é conceptual, não sendo por isso possível verifica-lo com dados empíricos.

Para além da tomada de decisão, outros aspectos incorporaram a mudança de mentalidades. Por exemplo os direitos dos consumidores há algumas décadas não eram mais do que um princípio frágil, hoje tornaram-se numa instituição com corpo legal, que estabelece a relação entre fornecedores e consumidores. O conceito expandiu-se para todos os tipos de serviços, passando dos elementos objectivos de desempenho do produto ou serviço, para um horizonte mais vasto integrando realidades subjectivas como a empatia e cortesia, as quais, no ambiente de saúde adquirem uma importância redobrada.

A qualidade de serviço em ambiente de saúde atinge também uma grande importância estratégica na óptica organizacional, porque pelo conteúdo intrínseco da actividade, é sentida a necessidade de criar serviços com elevada integração dos profissionais, de maneira a providenciar uma entrega de serviço que (pelo menos em teoria) tem de ser rápida, registar uma taxa de erros muito baixa, garantir elevada eficiência no uso de recursos e cumulativamente no ramo privado de prestação de cuidados de saúde, gerar elevada fidelidade e rentabilidade do consumidor (John e Gabbot, 1998).

Há contudo a consciência de que sendo este o sentimento de necessidade por parte da generalidade dos responsáveis e porventura dos próprios profissionais, nem sempre o sector da saúde consegue corresponder: A prontidão de prestação de cuidados clínicos é afectada pelas longas listas de espera de que a generalidade dos países padece; a taxa de erro clínico é assustadoramente alta, por exemplo mesmo nos centros prestadores de cuidados de saúde muito diferenciados como a Harvard Medical School, em estudos de controlo de qualidade internos assume-se uma taxa de erro

clínico de 6,7% (Berwick, 1994; Bridgeman 2002) sobre o número de doentes assistidos. Se compararmos esse valor com o *benshmark* de risco na prestação de serviço para o cliente (risco de lesão grave em voo por passageiro/h) que é de 1/8.000.000 (op. cit.) vê-se quanto caminho há a progredir. Acredita-se por isso que os serviços de saúde sejam um dos sectores de actividade económica com pior taxa de erro no *delivering* (Berwick, 1994, 1999⁵¹, Bridgeman, 2002). Um esforço que se tem feito é o de buscar nas boas práticas de qualidade industrial elementos de possível transposição para a saúde (Berwick, 1996, 1999; Young et al., 2004), ou de outras áreas de serviços (Sutton e MacLean, 2006).

2.5.2.3. O Modelo Total Quality Healthcare

Importa dar algum destaque ao TQH (Qualidade Total dos Serviços de Saúde) por ser um género de modelo seminal no qual os vários modelos aplicativos de qualidade em saúde vão beber. Não se trata de um modelo de qualidade de *delivering*, mas sim de uma abordagem integrada de características organizacionais, onde numa das suas faces se integra um dado modelo de *delivering*. Dos novos modelos de qualidade em saúde foi o que obteve mais sucesso nos últimos 20 anos⁵², é o descendente directo do TQM, tão usado nos processos industriais. Contém elementos técnicos e elementos de relação. Muito provavelmente será essa a razão pela qual a abordagem de Grönroos nunca teve qualquer sucesso no domínio da saúde: o próprio modelo de Grönroos inspira-se (no mínimo) no TQM, e o TQH é a aplicação, o original do TQM.

O alargamento para os serviços de saúde ocorreu em 1985. É baseado na articulação de 3 instâncias: qualidade, acesso e custo. As instâncias não têm igual grau de importância, sendo a primeira a mais importante, e contém cinco dimensões avaliativas:

Disponibilidade é o grau de capacidade de disponibilizar práticas clínicas. Normalmente a medição é feita em percentagem do tempo total previsto, e este tempo

⁵¹ Indicações dadas na palestra decorrida em Lisboa em Março de 1999.

⁵² As alternativas são visões muito parcelares apenas com expressão para a corporação que o aplica. Dentre eles o mais relevante é o sistema de Colégios de Especialidade das Ordens de Médico. De qualquer forma far-se-á uma breve alusão a eles no próximo ponto.

costuma ser expresso em horas por ano. O segundo critério é a acessibilidade, medida no tempo que medeia entre a requisição da prestação de serviço até ao seu atendimento. A unidade habitual é o minuto. Exemplos de critérios de atendimento são minutos de espera por uma consulta, bem como a definição de tempos máximos de aceitabilidade, neste caso sendo usual o critério de trinta minutos; tempos de deslocação de equipas de emergência ao local do acidente com tempos médios máximos de 7 minutos, etc. O terceiro critério, a aceitabilidade, o que é uma inovação na Gestão de Serviços de Saúde, e aponta para a integração na gestão corrente dos princípios éticos, decorrentes das características específicas de tarefas que passam por trabalhar com o corpo humano, e a vida do cliente. Não é usual que se trabalhe aqui em termos de taxa de sobrevivência ou de recuperação. É a integridade do indivíduo que é considerado o critério básico, para lidar com as pessoas doentes numa perspectiva de aceitação do doente, e de este se sentir tratado enquanto Ser Humano. Por exemplo, a exposição do corpo pode ser particularmente custosa para certos grupos sociais e etários. Outra fonte de desconforto, que este critério pretende corrigir, é o do confronto entre os princípios clínicos e os morais. O que se passa nas transfusões de sangue e transplante de órgãos ilustra bem este conflito. Em quarto lugar aparece a capacidade de aquisição. Este item também pode ser considerado um aspecto moral. Portanto, existem diferentes leituras relativamente ao conceito de capacidade de aquisição. Enquanto nos Estados Unidos, aparece associado à capacidade de compra de um “pacote” de saúde, por outras palavras, se um doente adquire por exemplo um seguro de saúde, e adoece com uma doença muito dispendiosa, deve receber a assistência previamente acordada. Entretanto na Europa a existência de Serviços Nacionais de Saúde, está mais perto de uma leitura de “universalidade” do acesso conforme consagrado em muitas das Constituições Nacionais europeias. Por fim, o último dos cinco critérios, tem uma raiz industrial. Trata-se da controlabilidade do sistema. Por outras palavras, os sistemas de assistência clínica têm de ser desenhados de forma a poderem ser medidos ao longo de todo o processo de execução. A quantificação dos processos possibilita a obtenção de padrões de desempenho estabelecendo a eficácia (rácios de saúde alcançados), e eficiência (rácios de input/output) com os recursos utilizados para o desempenho de tarefas.

Os outros dois pilares do TQH têm as operacionalizações mais simples. O “Acesso” difere da acessibilidade também mencionada. Enquanto este último se centra na medição do tempo, o “Acesso” refere-se à taxa de cobertura populacional. Um Serviço de Saúde Público torna-se tão melhor, quanto maior for a percentagem da população coberta, e esta usufruir de todos os cuidados previstos. Parecendo algo pacífico, é regra geral, um dos critérios mais difíceis de atingir.

Mesmo em países com Sistema Nacional de Saúde, onde a regra geral é a de cobertura total, é rara a população que usufrua efectivamente dos cuidados de saúde previstos. Por exemplo, um caso nacional: a vacinação não é apenas autorizada e recomendada, como também imposta, havendo penalização para quem não a cumpra totalmente⁵³. Contudo, trabalhos de campo no interior do país provaram que a realidade está aquém do que a lei determina. (Cabral et al., 1988; Arranhado, 2006, Ref. Net.).

Por fim, o último critério é o custo. De uma maneira ou outra, todos os países têm despesas com a Saúde num nível sem precedentes, (ver Quadro 6). Para ilustrar o problema económico da Saúde recorrendo a critérios clínicos expõem-se exemplos concretos, para se verificar da necessidade de impor fendas económicas de corte orçamental e o alcance a todos os níveis que essa decisão implica:

Na saúde preventiva, um elemento crucial é o do diagnóstico atempado. A traçabilidade do cancro do colo do útero, uma das patologias usadas na parte experimental deste trabalho, pode ser executada com grande sucesso fazendo recurso ao Teste Guaiac. A generalização do seu uso permitiu os maiores sucessos clínicos, e um consistente declínio da taxa de mortalidade por esta doença. Num estudo clássico que ilustra esta situação, Neuhauser & Lewicki (1975)⁵⁴ cit. in Folland et al. (1997), faz uma demonstração da necessidade de dominância económica sobre a clínica. Executando o teste em 10.000 mulheres, cada caso diagnosticado previamente à eclosão da doença cifra-se em 1.175 US\$. O teste tem contudo o inconveniente de dar

⁵³ *Por exemplo as crianças não podem inscrever-se no ano lectivo seguinte se não tiverem o Plano de Vacinação em dia.*

⁵⁴ *Não se conseguiu consultar o original por já ser bastante antigo.*

resultados com falsos negativos, por ter dificuldade de diagnóstico em situações primitivas. A pesquisa pode-se repetir identificando-se mais casos, mas no que concerne ao custo marginal de cada cancro diagnosticado o valor sobe em dólares americanos para os \$5.492. Como continua a existir risco de falsos negativos, o processo pode ser sucessivamente repetido: A terceira pesquisa atinge o custo marginal de \$49,150, a quarta \$469.534, a quinta \$4.724.695, e finalmente a sexta atingirá os \$47.107.214. No limite o nível de cancro do colo do útero que uma população instruída tem, é definido pelo nível de despesa que o decisor político-económico determina par esse fim.

Os modelos económicos da vacinação da gripe para adultos, (Monto, 1996) ou a eficiência económica da vacinação infantil, (Hemenway, 1994; Pokorn et al., 2001; Lennea, et al., 2006) são também ilustrações desta problemática. Igualmente nas práticas curativas o mesmo problema é colocado: Por exemplo, a escolha do momento de desligar das máquinas quando estas são o único suporte de vida do paciente, o valor de certas intervenções cirúrgicas em pessoas de idade avançada, etc.

Uma segunda ordem de problemas económico-financeiros tem solução aparentemente mais fácil: o recurso excessivo a terapias desnecessárias, ou a soluções terapêuticas equivalentes com negligência dos custos. Num estudo realizado nesta área (Folland, 1997) calcularam que apenas com as 25 situações clínicas mais frequentes, os E.U.A. perderam no ano de 1992, 6.220 milhões de dólares⁵⁵ com opções desnecessárias e/ou dispendiosas. Muitas razões contribuem para esta aparente actuação negligente: factores idiossincráticos, tradição, pressão publicitária, puro e simples desconhecimento dos custos, etc. Aparece então como solução para este problema, o conceito de “melhores práticas” em vez das tradicionais abordagens das escolas da qualidade incidindo nas “melhores performances”. Este novo conceito une as mais ajustadas estratégias terapêuticas ao menor custo possível.

Os autores que trabalham com o TQH têm tentado nos últimos anos aproximar essa abordagem ao que tem sido produzido pela escola de Gestão e Marketing de Serviços.

⁵⁵ A valores do ano

Lee e colaboradores (2006) utilizaram com resultados interessantes, quer o SERVQUAL quer o SERVPREF, para medir impactos económicos que o deficit de qualidade de serviço provocou em hospitais que recorrem ao sistema TQM. Obtiveram por exemplo rácios de abandono de doentes em hospitais não públicos quando o serviço se queda por valores baixos, valores de oscilação para performances médias, e valores de retenção quando as performances são elevadas.

2.4.2.4. Alternativas ao Modelo Total Quality Healthcare

Para complexificar um pouco mais a clareza do constructo “qualidade de serviço”, as entidades corporativas tendem a assumir um enviesamento profissional. A palavra “qualidade” contém uma dada significação específica, a qual não é a mesma coisa para cada profissão clínica. Há a expressão de “qualidade médica” quando se fala com os médicos, os quais no seu jargão corporativo têm significado próprio. Eles aplicam normalmente o conceito de qualidade de serviço, associado à eficiência dos tratamentos, ao número de dias que os pacientes necessitam de uma cama hospitalar, recuperações, retorno ao hospital, etc., bem como a um sistema de avaliação intragrupal designado por “sistema de pares”.

“Qualidade de enfermagem” para os enfermeiros e profissões correlacionadas, que indo no mesmo sentido tem uma definição diversa da primeira. Falam de qualidade de serviço, envolvendo a capacidade de resposta às solicitações do paciente, como por exemplo os assuntos assistenciais. O sistema avaliativo pode ser intra ou intergruppal, ou ainda externo. Fora das corporações mais representadas nos actos clínicos, o termo “qualidade” é mais empregue na forma de corrente ou escola de opinião do TQH no sentido acima exposto. Fala-se de “Qualidade Experimentada” quando se faz referência aos familiares dos doentes; “Qualidade de Serviço” se relacionados com a forma de *delivering* de serviço para os doentes, para apenas se referir as mais frequentes⁵⁶. Por fim uma nota para os administradores hospitalares, onde a qualidade

⁵⁶ *Pode-se mencionar leituras mais periféricas, embora existentes, e até com expressão crescente, como sejam a da engenharia aplicada aos dispositivos de saúde, a qualidade no sentido farmacêutico, tanto de oficina como de farmácia hospitalar, entre muitos outros.*

de serviço tem a ver com os custos do hospital, retenção do cliente (no sector privado), etc.

A razão destas diferenças prende-se com o enorme e complexo conhecimento que é necessário para o *delivering* do Serviço de Saúde. Historicamente, nunca houve uma verdadeira integração das diferentes profissões envolvidas no *delivering* do Serviço de Saúde. As diversidade de origens sociológicas das várias profissões, e por inerência o *status* social a ela associado, promoveu ao longo dos tempos como que barreiras invisíveis mas bem presentes (Lopes, 2001).

Mesmo falando apenas de uma única corporação de prestação de cuidados clínicos, os médicos, verificamos a existência das mais profundas diferenças apesar de desde os tempos de Ambroise Parè (Séc. XVII) se ter unificado a carreira médica com a actividade cirúrgica de modo definitivo. Ainda hoje há clivagens entre estes dois sub-corpos clínicos que se exprimem em formas totalmente diversas de encarar a actividade clínica e os doentes (Lopes, Bowers e Nascimento, 1999).

2.4.2.5. Estrutura perceptiva da qualidade de serviço pelos doentes

Quando um paciente utiliza o serviço hospitalar, entra em contacto com um processo de *delivering* muito distinto daqueles com que lida no seu dia-a-dia. Por exemplo, durante o primeiro dia de internamento, o doente contacta com os médicos e respectivos protocolos clínicos, enfermeiras e os seus tratamentos, a que se segue um vasto leque de diferentes profissionais das mais variadas áreas, cada um deles requerendo do doente uma dada participação ou coadunação, e sobre os quais ele não pode exercer uma avaliação técnica, pelo menos durante aquele período. O paciente tem apenas a possibilidade de realizar uma avaliação final dos resultados, comparando depois de sair do hospital, o que ele esperava atingir em termos de melhoria do seu estado de saúde, com os resultados concretos.

Os doentes com excepção dos que são eles próprios trabalhadores do ramo da saúde, dada a sua preparação académica e profissional, apenas podem avaliar os aspectos de hotelaria tais como a comida, dormida ou afins, e os relacionais como a simpatia dos funcionários, etc. (Singh, 1990). No que se refere ao conhecimento da estrutura

perceptiva da qualidade de serviço pelos doentes, Hart (1996) menciona e reforça a ideia anterior de que os pacientes não fazem uso da avaliação técnica, mas tendem a sobrevalorizar os aspectos hoteleiros da relação, não valorizando os pontos restantes, estando estes últimos mais ligados às políticas de qualidade. Esta opinião foi largamente partilhada pelos profissionais de saúde que se cruzaram no decurso da produção desta Tese, na medida em que o doente não dispõe dos conhecimentos técnico-científicos mínimos para avaliar se aquilo a que está exposto corresponde ao óptimo técnico. Ao contrário todos já experienciaram os serviços hoteleiros, e conseguem emitir um juízo fundamentado sobre a sua qualidade tanto nos aspectos técnicos como nos de entrega.

Na ausência de padrões de avaliação técnica para emitir uma opinião segura por parte dos clientes de saúde, autores como Bowers e Bitner (1994), sugerem a existência de outros factores importantes na formalização da opinião. O “*word-of-mouth*” parece ser um novo factor com condições para ser aceite na comunidade científica.

Por último uma palavra sobre os mais recentes avanços no campo prático. Ainda que seja fora do domínio científico decidiu-se verificar o que significa a linha de fronteira para os investidores em saúde, pois a opção de investimento tangibiliza a crença do que é correcto em cada época. O hospital considerado hoje o *benshmark* da qualidade de serviço é o de Titusville na Flórida, inaugurado no final de 2006. O serviço é a sua bandeira de apresentação (Finkel, 2006), e caracteriza-se por aproximar o hospital da imagem de um Spa. Nesse hospital a caracterização de serviço é: “*The center offers a 24-7 concierge service for patients, visitors, employees and medical staff; restaurant-style, cooked-to-order food service; an entertainment system that includes movies, games, Internet access and patient education videos; and "comfort carts" filled with snacks and beverages for patients and their families*” (op. cit.). Curiosamente nenhum dos documentos consultados sobre este hospital faz referência a qualidade de assistência técnica.

2.4.3. Avaliação da satisfação dos doentes

O outro lado da moeda relativa à prestação da qualidade de serviço é o da avaliação da satisfação do doente. Recentemente a comunidade que reflecte e conduz as

políticas de saúde tem vindo a ganhar a consciência de que mesmo limitada no alcance técnico, é muito importante que se disponha da leitura dos pacientes. A tangibilização definitiva da conjugação da qualidade técnica de saúde com a percepção do público utente veio com “JCAHO 2000”, onde a medição da satisfação do paciente passou a ser obrigatória para operacionalizar os resultados globais de qualidade, e servir de indicador chave da gestão de uma unidade prestadora de serviços de saúde. Em Portugal iniciou-se esse percurso com o Índice de Satisfação dos Doentes dos Hospitais SA em 2004⁵⁷.

Nesta actividade específica da Saúde foi demonstrado que as organizações que adoptaram a satisfação do paciente como um ponto de avaliação corrente da gestão têm por exemplo melhor contenção de custos, Svensk (1996), Toker e Adams (2001). Gummesson (2001) ao estudar o Hospital Shouldice no Canadá verificou que a *colocação do focus do hospital na díade satisfação do paciente – qualidade de serviço*, aumentou em simultâneo o resultado clínico, a satisfação dos doentes, e os resultados financeiros. No mesmo sentido as pesquisas de Dellby (1996) já se tinha aproximado dessa ideia estudando outros hospitais.

Registe-se um trabalho bastante original o qual não sendo científico, foi divulgado por uma entidade de toda a credibilidade, a P. Gayne (2006)⁵⁸. Ao estudarem relações estatísticas na sua base de dados verificaram uma forte correlação nos hospitais onde a satisfação profissional dos médicos era elevada, com uma também alta satisfação dos doentes e resultados financeiros positivos da organização. Estudaram a natureza dessas relações e concluíram que esses hospitais investiam muito na satisfação dos médicos que neles trabalhavam. Como se disse não é um trabalho científico, mas está em linha com uma verificação de Corvino (2005), o qual constatou a existência de relação entre a situação organizacional e os níveis de satisfação. Na sua pesquisa

⁵⁷ *Este indicador nacional de que o presente candidato é um dos autores tem ainda muitas limitações da mais variada ordem, e não se conseguiu fundir com indicadores de produção hospitalar. (Vilares, Coelho e Lopes a publicar)*

⁵⁸ *A P. Gayne faz as sondagens que os hospitais necessitam de apresentar como sendo realizadas de modo independente para os processos de acreditação hospitalar dos EUA. É a empresa líder do mercado, e uma referência em avaliação hospitalar nesse país.*

encontrou num dado hospital que uma problemática organizacional envolvendo os trabalhadores conduziu a um abaixamento sustentado dos níveis de satisfação dos doentes nele internados.

A idêntica conclusão mas por vias distintas chegaram os investigadores da área organizacional como Goeringh K. (2002), os quais advogam a necessidade do comprometimento da alta direcção dos hospitais na tentativa de obtenção de elevados valores motivacionais de todos os funcionários, para com isso lograr um elevado ISE (índice de satisfação dos empregados), condição despoletante para a autora do elevado nível de ISC dos doentes.

A definição de satisfação de pacientes, não é tão confusa como a de qualidade. No Quadro 8 estão referências cronológicas acerca das principais teorias acerca deste assunto.

Quadro 8 - Definições de satisfação dos serviços de saúde

Fonte	Ano	Definições
AMA	2007	<i>The degree to which the individual regards the health care service or product or the manner in which it is delivered by the provider as useful, effective, or beneficial</i> ⁵⁹ .
Shelton	2000	Satisfação é uma atitude baseada numa miríade de percepções de qualidade de serviços e um antecedente para a lealdade
Griffin	1994	Grau de satisfação do paciente com o tratamento recebido
Taylor e Cronin	1992	A satisfação é definida em termos de expectativas iniciais
Reidenbach e Sandifer	1990	Satisfação com tratamento
Rust et al.	1993	Realização das necessidades sentidas
Faye & Lumpkin	1992	Modelo de desconfirmação: A confirmação das expectativas positivas dos atributos salientes resulta em satisfação
Gilbert et al., cit. in Peter & Gilbert ⁶⁰	1992 1993	A satisfação é uma atitude e uma função de confirmações/desconfirmações das expectativas
John J.	1992	Uma atitude determinada pela confirmação ou desconfirmação das expectativas do paciente
Lytle & Mokwa	1992	Modelo de desconfirmação
Kleinsgorge e Koenig	1991	Desconfirmação de expectativas
Kleinsgorge	1991	Modelo de desconfirmação
Singh	1990	A satisfação do paciente é o resultado de um processo de avaliação (e comparação) do serviço obtido a partir de diferentes e distintos objectos (ex: médico, enfermeira...) no <i>delivering</i> de cuidados ao paciente; Trata-se de uma combinação de variadas e distintas avaliações; resposta multidimensional baseada nos médicos, prestador de serviços de saúde e seguradoras.

⁵⁹ Manteve-se a redacção inglesa por se tratar de uma definição institucional (American Medical Association) não tendo ainda sido objecto de tradução pela sua homóloga portuguesa.

⁶⁰ Por ser uma autocitação incluiu-se na bibliografia a sua última posição.

Woodside, Frey e Daly	1989	Uma forma particular de atitude de consumidor; fenómeno pós-compra, reflectindo os aspectos positivos e negativos revelados pelo paciente após ter experimentado o tratamento.
Donabedian	1988	A medição da qualidade dos cuidados, o parecer do paciente sobre a qualidade do tratamento em todos os aspectos, mas particularmente no que concerne ao processo interpessoal.
Shore e Franks	1986	Satisfação: A avaliação da paciente feita com base numa experiência específica de cuidados médicos
Inui e Carter	1985	A satisfação é a avaliação de um indivíduo numa situação específica de tratamento médico
Zyzanski et al.	1974	A atitude do paciente perante os médicos e o tratamento, um índice composto pelas avaliações dos indivíduos acerca das qualidades de tratamento recebido, pelos médicos, enfermeiras, e outras fontes relevantes

Fonte: Elaboração própria.

A literatura científica demonstra ainda (embora apenas com trabalhos esparsos e de mera casuística) que os pacientes satisfeitos respondem melhor aos tratamentos, abandonam menos o tratamento em caso de doenças crónicas, existem reduções nos custos de tratamento, e finalmente existem menos conflitos com a administração de Saúde Pública (Wartman, 1983, Strasser e Davis, 1991, Aharony et al., 1993; Rubin et al., 1993). Outras características foram desde o início encontradas no constructo da satisfação do paciente. É conhecido desde o início da pesquisa sobre satisfação do doente que, a relação pessoal entre pacientes e médicos é muito importante, assim como o compromisso do paciente com os programas de tratamento médico, (Hulka et al., 1970).

Somente nos anos 90 se iniciaram investigações sistemáticas em ambiente de saúde, acerca das ferramentas de medição da qualidade de serviço, e de satisfação do cliente/doente. Quase todos os autores relacionados com a medição de qualidade de serviço e satisfação do doente citados até este ponto, revelaram nos seus artigos a falta de protocolos e ferramentas específicas para a maioria das especialidades médicas, bem como para a maior parte do *delivering* do Serviço de Saúde.

Uma alternativa foi proposta há já bastante tempo atrás, por Fox e Storm (1981), propuseram ligar os dois constructos de qualidade de serviço e de satisfação, trabalhando-os simultaneamente. Os dois constructos são na sua perspectiva, por um

lado, atitudes relativas aos cuidados de saúde, por outro lado, as condições objectivas dos serviços de saúde. Para estes investigadores a importância diferencial dos constructos foi obtida através de inquirição de grupos de pacientes. Este artigo apesar de antigo é muito interessante para a presente Tese porque, situação muito rara na literatura, estudou o impacto de variáveis sociodemográficas na satisfação, identificando variáveis como o sexo e a idade enquanto predictoras da satisfação dos doentes, as quais serão analisadas posteriormente na parte experimental. Anos mais tarde um trabalho realizado na Suécia, Larson (1999), repete a análise sociodemográfica, e constata que os doentes à medida que ficam mais idosos apresentam avaliações de qualidade de serviço mais positivas, ficando por se saber se isso é genérico, se consistiu numa ocorrência particular do seu estudo.

Seguindo a mesma orientação do modelo de multi-constructo de Fox e Storms, Swan (1988), desenvolveu uma alternativa considerando 4 constructos. O principal resultado deste estudo foi o de que a percepção do Hospital por parte do paciente determinou parcialmente a sua satisfação genérica, assim como a sua fidelidade à instituição.

Há algum desconforto com a qualidade dos próprios modelos aplicados pela teoria de satisfação à área da saúde, pois a transposição de conceitos sem se conhecer a validade ecológica deles tem dado resultados por vezes duvidosos. Um autor com larga produção na matéria, Shewchuk, em conjunto com O'Connors, abordou este problema (O'Connors e Shewchuk, 2003) com a análise crítica dos vários modelos de satisfação aplicados à prestação de cuidados de saúde, concluindo que eles são "*well-reasoned and empirically sophisticated models to examine how patients cognitively process their experiences with hospital attributes. Generally, the findings in the papers are somewhat equivocal*". Também Rose e colaboradores (2004) referem as insuficiências do conhecimento sobre satisfação de doentes, pois que segundo dados por eles avaliados, 79% da variância encontrada nos modelos de percepção da qualidade / satisfação são explicáveis por elementos que não os técnicos, e que nos modelos actuais, as variáveis socioeconómicas têm ainda um comportamento errático. Por último alertam para o facto de que com a crescente mobilidade dos cidadãos, os sistemas de prestação de cuidados de saúde em breve serão confrontados com mais

uma variável decorrente das diferentes expectativas dos doentes oriundos de diferentes locais. Ainda assim, progressivamente a avaliação do consumidor paciente tem vindo a ganhar o seu espaço de tal modo que a grande maioria das organizações de Serviço de Saúde dos EUA (95% do HMO e 55% de PPO's, segundo Gold et al., 1995)⁶¹ aplicam o índice da satisfação do cliente (ISC) como ferramenta de gestão. Em Portugal apenas os Hospitais EPE o fazem de modo sistemático.

Por vezes simplifica-se a problemática de especialidade, optando-se por soluções mais simples e baratas, fazendo recurso a ferramentas genéricas com bons resultados noutros sectores da economia, ou procedendo a adaptações *ad hoc*, portanto não validadas cientificamente. Essa opção tem dado maus resultados. Um dos fenómenos mais frequentes é o incremento de positivities (Evason & Whittington (1991; 1997)). Também variáveis demográficas como a idade, género, origem étnica, nível educacional, onde se mostra muito difícil analisar e definir a sua contribuição para o resultado da satisfação, (op. cit.). Para estes autores, falta um quadro geral de leitura que permita calibrar as amostras, e por inerência compreender o que é efeito do estudo e o que é manifestação de particularidade demográfica.

Um outro aspecto que se encontra em aberto é o facto de que se encontrou uma avaliação diferencial de carga de satisfação nas várias escalas, em função da positividade relativa do assunto, Otani et al. (2003). Isto é, os doentes parecem dar mais importância às coisas negativas do que às positivas, acabando essa diferenciação por se reflectir na avaliação global de satisfação.

⁶¹Em Portugal, a medição da satisfação do cliente é bastante recente (Vilares, et al, 2004). Foi desenvolvido por regras obrigatórias de qualidade da União Europeia. A medição dos serviços de qualidade apresenta várias ferramentas, sem um paradigma certo, dependendo do tipo de organização inserida, no sistema de serviços de saúde. Por exemplo, o MONIQUOR para avaliar o *delivering* de serviços para doentes de ambulatório, King's Founds, para os hospitais que dependem do instituto da qualidade da saúde e o sistema JCAHO, para os hospitais que dependem da unidade de missão do ministério da saúde.

Verificada a boa performance do Modelo SERVQUAL em muitos domínios da actividade económica como alguns dos a seu tempo indicados, foi estendido e adaptado a novas áreas, uma delas a da prestação de cuidados de Saúde: Woodside, 1989; Brown & Swartz, 1989; Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990; Shewchuk et al., 1991; Babakus & Mangold, 1992; Lytle & Mokwa, 1992; Headley & Miller, 1993; Wallbridge Delene, 1993; Bowers, 1994; McAlexandre, 1994; O'Connor, 1994; Bebko & Garg, 1995; Clow, 1995; Licata, 1995; Fusilier & Simpson, 1995; Fuentes et al. 1999; Shelton, 2000. Estes autores têm desenvolvido a sua investigação com adaptações genéricas à realidade do sector da saúde, ou com pequenas adaptações ao manual aplicativo do SERVQUAL. Fizeram-no em clínicas dentárias, serviços de emergência, hospitais universitários, serviços de assistência ambulatoria para pacientes possuidores do vírus H.I.V., etc.

O passo seguinte foi o de passar das situações genéricas de saúde para as aplicações de particularidade, como é o caso desta Tese, o que sucedeu principalmente de 2000 até à actualidade. Isso sucedeu na pesquisa junto de especialidades clínicas, Turhal et al. (2002) na oncologia ambulatoria, Hwang e Desombre (2003) com a verificação da avaliação da alimentação e aspectos correlatos de *catering* pelos doentes. Pascoe (2004), aplicação à oncologia hospitalar mas sem adaptação de especificidade; Hyun Cho et al. (2004) produziram uma variante de avaliação de doentes a serem assistidos em ambulatorio, Wisniewski et al. (2005) com a colonoscopia; Suess et al. (2006), nova aplicação à oncologia hospitalar também sem grande adaptação nem validação das ferramentas; Koornneef (2006) com hospitais de saúde mental, Christoglou, Vassiliadis, e Sigalas (2006) com os hospitais pediátricos. Todos estes trabalhos se caracterizam por introduzir muitas alterações ao modelo SERVQUAL original.

A segunda linha de investigações em torno do SERVQUAL incidiu na verificação de impacto e adaptação a contextos que apresentassem grande variabilidade face às pesquisas iniciais, Lee (2006), com a adaptação a realidades de países em vias desenvolvimento. Outros trabalharam no desenvolvimento de aplicativos para a gestão de serviços de saúde sem contacto directo com os doentes como é o caso de uso do SERVQUAL para a Gestão do serviço de sangue por Raspollini et al. (1997),

gestão de alunos do ensino de saúde (Lesley e Koubec, 2006). Rohini, e Mahadevappa (2006) estudaram a existência de Gap's entre doentes e gestores, fizeram-no para os Gap's 1 e 5 com resultados positivos para a tomada de decisão da gestão dos hospitais.

Embora pouca regista-se alguma publicação acerca dos aspectos metodológicos e conceptuais da aplicação do SERVQUAL à saúde. Alguns investigadores têm sustentado ao longo do tempo que o SERVQUAL pode ser um boa ferramenta mas as dimensões que o suportam estão desadequadas à saúde, Carman (1990, 2000), Oswald (1998), tendo desenvolvido trabalho empírico que comprove a sua leitura. Nesses trabalhos encontraram-se entre seis e nove factores, sendo que Carman na actualização da revisão de literatura que já tinha iniciado em 1990 reforçou esta posição em 2000, dizendo ao jeito de síntese: *"In view of this evidence, six dimensions, that seemed to offer the greatest reliability across studies: nursing care; accommodations; physician care; food service; preparation for discharge; outcome, i.e. health status after hospitalization. Dropped were "other staff" and "billing."*

Apesar do SERVQUAL se ter tornado a principal ferramenta applicativa e de pesquisa em avaliação da satisfação nos serviços de saúde, continuam vastas áreas sem qualquer publicação⁶², ou havendo-a situam-se ainda ao nível de casuística: a maioria das especialidades clínicas, segmentos populacionais, culturais, elementos demográficos, etc. Por exemplo apesar de o SERVQUAL ter nascido do Modelo de Gap muito pouca pesquisa tem sido feita acerca do "gap" mais fundamental: o existente entre profissionais de saúde e doentes. Já Quiram (1995) apelava a essa necessidade há mais de uma década e continua-se sem publicação⁶³.

Por vezes os investigadores, na tentativa de se moldarem à realidade do contexto que estudam, acabam por se afastar tanto do SERVQUAL inicial que desenvolveram

⁶² Referimo-nos a publicações na listagem do Index ISI.

⁶³ Conhecem-se casos, inclusive em Portugal, onde se trabalhou esse elemento, contudo não passaram em processo de reviewing.

algumas soluções alternativas embora derivadas do Modelo base, como foi o já anteriormente mencionado SERVUSE de Strawderman e Koubek (2006). Nesta linha regista-se como muito interessante o trabalho de experimentar o modelo em crianças internadas realizado por Christoglou, Vassiliadis, e Sigalas (2006). Neste trabalho embora o SERVQUAL tenha sido utilizado como ferramenta acessória à Técnica de Kano, e portanto só viu trabalhada a dimensão da “confiança”, segundo os autores permitiu o uso do Gap nestas crianças. Ficou a faltar saber se as restantes o são também, e se não teria sido necessário previamente trabalhar o SERVQUAL no sentido de o validar para os públicos infanto-juvenis, situação que tanto quanto se sabe é omissa até à actualidade.

Ainda mais longe foi Koornneef (2006) o qual aplicou um SERVQUAL adaptado (de forma não indicada no artigo) a crianças deficientes mentais para que elas se pronunciassem acerca da qualidade de serviço que lhes estava a ser proporcionado. Ultrapassando os problemas éticos que tal facto contém, bem como a validade de respostas de crianças deficientes mentais, situação que sendo lícita, para a qual se desconhece em absoluto protocolos com validação científica, o autor aplicou 59 questionários e concluiu que o SERVQUAL é uma boa ferramenta para melhorar a qualidade de serviço a esses doentes internados. Num outro estudo, Hyun Cho et al. (2004) aplicaram o SERVQUAL a doentes em ambulatório, no sentido de se apurar para essa circunstância quais são efectivamente as dimensões de qualidade de serviço relevantes para prever a satisfação dos doentes. Utilizaram o método de auto-aplicação de questionário de 30 itens em Gap (obtidos via 3 *focus groups*) a 557 doentes de um hospital generalista, encontraram apenas quatro dimensões, mas com essa versão reduzida do SERVQUAL conseguiram determinar as validades convergente e divergente, situação rara na literatura do domínio.

Aplicou-se o SERVQUAL para funcionar como ferramenta de leitura do palco competitivo da oferta de saúde. Os autores quiseram proceder à comparação das prestações de serviços entre hospitais de rede pública e da privada, Jobnoun e Chaker (2003) nos EAU; Tolga e Jiju, (2006) na Turquia. Por exemplo estes últimos aplicaram 200 questionários do SERVQUAL, tendo-o modificado de *moto proprium* (não explicam a forma) desenhando assim uma versão de 40 itens (vezes dois para

obter o Gap). Concluíram que a ferramenta se apropria a ser utilizada na comparação de desempenhos entre redes de hospitais, por os Gap's serem maiores num caso do que noutro.

2.4.5. Síntese do capítulo sobre Qualidade de Serviço e Satisfação em saúde

Verificou-se neste capítulo que o sector económico da saúde é um dos mais importantes pela universalidade dos sujeitos que são seus usufrutores, número e variedade de profissionais que nele laboram, e orçamentos envolvidos.

A consciência de que a forma como os cuidados de saúde são prestados é um elemento intrínseco da sua própria qualidade técnica, fez com que a saúde tenha sido um dos primeiros sectores de actividade aonde o controlo de qualidade se tivesse manifestado. Porém como durante mais de um século o sector da saúde se manteve impermeável à experiência conseguida noutros sectores, promoveu-se uma reflexão sobre qualidade muito centrada em torno das corporações profissionais, e com visões parcelares.

Nos últimos vinte a trinta anos, o aparecimento do TQH e a verificação de que os doentes se queriam envolver no processo de tomada de decisão clínica levantou a questão de se determinar até que ponto os doentes devem intervir na avaliação do processo produtivo de saúde. Um passo fundamental nesse caminho foi a conjugação da avaliação da qualidade do *delivering* com a da satisfação dos doentes.

O progressivo envolvimento dos doentes conduziu à verificação de que se eles fossem envolvidos, os próprios resultados clínicos tenderiam a melhorar. Estavam portanto reunidas todas as condições (clientes, procura, efeitos clínicos, e palco competitivo) para que a problemática da satisfação e qualidade do serviço passassem a ser um elementos da maior importância na Gestão de Saúde em geral e da hospitalar em particular.

A histórica autocentração corporativa fez com que a capacidade de resposta ao crescendo de solicitações rapidamente fosse ultrapassada. A partir de Berwick tentou-

se contornar esse deficit com a procura de soluções de controlo da qualidade de serviço com aprendizagens fora do sector da saúde.

Com a abertura proporcionada por Berwick, a investigação de Marketing de Serviços contribuiu intensamente a partir do início dos anos 90 com pesquisa e produção de algumas ferramentas que se pretenderam específicas. Contudo a própria limitação de conhecimentos em geral que se apontaram nos capítulos relativos à qualidade de serviço e satisfação, *fizeram-se sentir com imensa impactação nos primeiros aplicativos.*

A consciência de que o emprego de ferramentas genéricas adaptadas à saúde tinha limitações endógenas surge em 1994 com Bowers, o qual ao tentar a adaptação do SERVQUAL à realidade hospitalar, advoga a necessidade de se procurarem ferramentas específicas para cada tipo de serviço dos hospitais. Daí em diante, com destaque para os anos subsequentes a 2000, têm surgido versões especializadas do SERVQUAL ou evoluções partindo desse modelo.

A progressiva especialização aumentou a aderência às realidades com que cada serviço se depara, *mas de uma forma geral, as críticas aos estudos continuam a ser demolidoras pela escassez das amostras, falta de estudos de psicometria das ferramentas que fundamentem pelo menos minimamente as propriedades métricas das propostas e por haver uma leitura generalizada de que as questões sociodemográficas são uma parte importantíssima da gestão da percepção da qualidade de serviço e da satisfação, mas falta nessa matéria mesmo o conhecimento mais básico.*

II Parte – Trabalho de investigação

Criação de um Modelo de medição de qualidade de serviços e de satisfação em oncologia hospitalar na perspectiva do doente

Nota Prévia

A Metodologia foi inicialmente concebida na lógica de apresentação clássica dos estudos. No entanto conforme adiante se apresentará houve elementos do processo de estudo que não correram bem, obrigando à introdução de alterações ao Plano de pesquisa, e acréscimos de trabalho. Para não estar a incluir uma Metodologia II ou equivalente, optou-se por alertar desde já para a existência desses elementos e incluí-los na explicação da metodologia. Separa-se apenas a descrição da amostra da fase que se acabou por incluir, para permitir ao leitor acompanhar mais de perto os resultados.

3. Metodologia

Este ponto está organizado em oito itens: Track field review ou à falta de melhor nome em Português, revisão bibliográfica complementar, onde se apresenta a bibliografia não relacionada com o corpo teórico de suporte à Tese, mas cujo conhecimento se considerou relevante dar a conhecer ao leitor. Problema, onde se debate a premência científica da problemática testada; o Design experimental com o qual será testado o problema; as Hipóteses em teste que sustentam operacionalmente o Problema; as Ferramentas de instrumentação e medição, suas características de potencialidade e limitação, bem como os comportamentos por si revelados durante os trabalhos juntos das populações trabalhadas no contexto específico da investigação; a Amostra, discutida em termos da sua representatividade do Universo de onde é extraída, bem como as amostras parcelares de cada uma das fases; os Procedimentos metodológicos, para que futuramente se possa replicar os trabalhos em idênticas condições para confirmação e avanço da ciência; por fim surge o estudo da validação do estudo nas várias componentes e limitações.

3.1. Track field – A Oncologia

Indo no sentido do que tem sido feito recentemente nas apresentações de Teses Doutorais, os elementos de caracterização do *campus* experimental constituem um *track field* incluído na Metodologia.

A escolha da Oncologia como especialidade médica para ser o campo de teste desta Tese teve para além das razões apresentadas no Prefácio, e que são de foro motivacional, outras de carácter mais objectivo: O cancro não é uma doença como outra qualquer, reveste-se de uma personalidade própria, de tal modo que havendo muita diferenciação entre os vários cancros conhecidos, se pode distinguir enquanto entidade identificável por qualquer cidadão. Nalguns casos como o cancro da mama, situação das mais utilizadas no trabalho experimental, há uma envolvência que ultrapassa em muito a situação clínica e o risco objectivo associado a essa patologia (Lerner, 1999).

Não sendo já uma forma patológica de mortalidade certa, ainda se regista uma taxa de mortalidade a cinco anos de 67% devida à doença⁶⁴, Quinn et al. (2001), registando-se contudo um alongar da esperança de vida. No caso das principais variantes de cancro utilizadas nesta pesquisa as taxas de sobrevivência a 5 anos oscilam entre os 99% nos basaliomas espinocelulares, e os 50% nos cancros da mama (op. cit.). Alguns doentes apresentaram outras formas patológicas de cancro muito mais mortíferas. Isso é particularmente verdade nos doentes de alto risco. Por exemplo nos casos de cancro do pâncreas a mortalidade a 5 anos atinge os 99%. Também os doentes de cancro do pulmão, estômago e recto têm elevados valores de mortalidade.

Além da relativamente elevada taxa de mortalidade no cancro confluem outras afectações como sejam a diminuição da qualidade de vida do doente (e da família), a confrontação com a probabilidade de morte, e o afundamento psicológico do doente, situação que se transmite à relação com os (e entre) profissionais de saúde nos serviços de oncologia (McGrath, 2002).

Pouco que se sabe sobre os desejos dos pacientes de cancro no que concerne à prestação de serviço. Nesses poucos estudos (Holland 1998; Veronesi 1999; SEHD 2001) apurou-se que: têm grande preocupação com a dignidade do que recebem

⁶⁴ *Como os últimos dados nacionais disponíveis datam de 1993, utilizaram-se os dados do Reino Unido que são de 1999. Consultou-se bibliografia mais recente específica de alguns formatos de cancro com que se trabalhou, e os valores são quase iguais.*

durante o período de internamento; terem apoio social; haver clareza da informação que lhe é passada; e facultar-lhes o melhor controlo possível sobre os sintomas. Faz-se notar que os três estudos foram feitos em países anglo-saxónicos e assim haver alta probabilidade de que o tipo de serviços prestados bem como a forma de viver as doenças possa ter grande influência cultural, pelo que é impossível dizer com estes dados de que as solicitações de serviço encontradas são específicas da situação oncológica, ou representam apenas a conjugação da forma de vivenciar o cancro em países como os EUA e o Reino Unido.

A incidência epidemiológica da Oncologia, tem crescido ao longo do século XX, passando de uma situação relativamente rara, para um dos principais indicadores de morbilidade. A UE exprime através da incorporação nas 400 estatísticas base da União, o Eurostat Yearbook, a Oncologia como um dos principais indicadores estatísticos de saúde das nações suas componentes, de par com as patologias cardíacas, infecciosas e acidentes. Aplica-a tanto na morbilidade como na mortalidade (op. cit.).

A impactação é aproximadamente similar nos países UE15, (Eurostat, 2007) com um mínimo na Grécia, índice 272⁶⁵ e o máximo na Bélgica com índice 379. O valor médio UE15 é de 339. As principais razões de flutuação são comportamentais destacando-se a alimentação e os hábitos comportamentais de exercício (CIRC, 2007).

Pelo contrário há diferenças substanciais entre homens e mulheres. A nível UE15 a relação é de 412 nos homens para 290 nas mulheres (Eurostat, 2007). As razões são genéticas e comportamentais. Os casos mais flagrantes de dispersão são a Espanha com uma relação 425/235 respectivamente para homens e mulheres e na proximidade a Dinamarca, com uma relação 379/375 também para homens e mulheres. As razões serão mais uma vez comportamentais em ambos os casos.

⁶⁵ Valores em mortos causados objectivamente por cancro por 100.000 hab/ano. Todas as formas oncológicas em conjunto.

Em Portugal, temos uma incidência nacional de 306, com uma composição de géneros 384/287 respectivamente para os homens e mulheres (op. cit.).

A tendência na Europa é de crescimento, com um incremento de 300.000 novos casos por ano (Feriai et al. 2007).

Numa perspectiva global⁶⁶, as últimas referências datam de 2002 (Parkin et al., 2005) e cifram-se nesse ano em 10,9 milhões novos casos, 6,7 milhões de óbitos, e uma *pool* estacionária de 24,6 milhões de doentes⁶⁷. Dos novos casos os mais frequentes foram o cancro do pulmão 1,35 milhões, mama com 1,15 milhões, e colorrectal 1 milhão de casos. A mortalidade foi encimada pelo cancro do pulmão 1.180.000 óbitos, do estômago 700.000 óbitos, e fígado 580.000 óbitos.

As incidências das composições das variantes oncológicas são muito diferentes entre os géneros, consequência directa das diferenças anatómicas e fisiológicas. Os elementos comportamentais expressam-se nos géneros também com grande diferenciação. Por exemplo o cancro do pulmão afecta oito vezes mais homens do que mulheres porque está directamente associado à intensidade do consumo de tabaco (CIRC 2007, Net. Ref.).

A Oncologia é uma especialidade clínica *age-biased* porque embora a situação oncológica possa ocorrer em qualquer momento a partir do nascimento, incide predominantemente entre as pessoas de idade avançada. Este é um duplo problema porque para além do desconhecimento específico do comportamento do SERVQUAL na Oncologia, quase não há conhecimento do comportamento do idoso em qualquer esfera de avaliação da qualidade de serviço ou da satisfação. Por exemplo não se sabe se devem ser agrupados num único grupo acima de determinada idade, ou se devem ser divididos em faixas etárias. Soma-se ainda o facto de que associado à idade haver toda uma panóplia de terceiros elementos que não lhe são endógenos, mas apresentam

⁶⁶ O conceito de global é relativo, na medida em que cobre 20 zonas planetárias, que são aquelas que dispõem de estatísticas.

⁶⁷ Diz-se estacionária quando o caso tem mais de 3 anos.

uma quase perfeita colinearidade: escolaridade, valores, etc. Também estes elementos impactam de modo desconhecido em qualquer ferramenta relacionada com o *delivering*.

Desde o trabalho pioneiro de Babakus e Mangold (1992) antes referenciado, onde pela primeira vez se aplicou o SERVQUAL à doença oncológica, alguns outros foram produzidos, Pascoe (2004), Suess et al. (2006), quase sempre na senda do que esses autores produziram, isto é, sem sair da lógica do Gestor. Quem produziu essas versões, designadamente no inicial de Babakus e Mangold, fê-lo na pressuposição de que conseguiria produzir os inquéritos com recurso aos seus próprios conhecimentos e sem falar com os doentes. Não houve também qualquer estudo de validação ou controlo de qualidade da ferramenta.

Num estudo similar a este mas trabalhando por outra via, Turhal et al. (2002), procurou obter uma ferramenta para avaliar a satisfação e percepção de qualidade de serviço entre doentes oncológicos. Utilizaram 100 doentes de cancro da mama, colorrectal e cancro do pulmão, todos em regime de assistência em ambulatório. Em lugar do SERVQUAL usaram o PCSU⁶⁸, instrumento muito diferente, com marcado cariz clínico, e sem a expressão científica ou prática do primeiro. Afirmaram os autores que idade, sexo e nível educacional não tiveram impacto. O que fez variar a satisfação foi o nível de atenção dispensado, a confiança e a cortesia com os doentes. Lateralmente houve menor impacto vindo dos resultados de elementos operacionais.

Num trabalho realizado em ambiente hospitalar que envolveu entre outras especialidades a oncologia, Dagger et al. (2007 ainda não publicado) pretenderam conhecer quais as dimensões da qualidade de serviço implícitas. Encontraram de 4 a 9 dimensões conforme o grau de agregação que for empregue, dizem eles: “*The primary dimensions were interpersonal quality, technical quality, environment quality, and administrative quality. The subdimensions were interaction, relationship, outcome, expertise, atmosphere, tangibles, timeliness, operation, and support*”. Desconhece-se

⁶⁸ *American College of Physicians: Patient Satisfaction Check-Up. 35 questões respondidas em escalas de Likert de 5 pontos*

se houve diferenças entre serviços de especialidades diferentes, bem como não foi controlada a hipótese de existirem factores culturais, situação crítica na comparação da prestação de cuidados de saúde entre os EUA e por exemplo a Europa.

3.2. O Problema

Será o SERVQUAL uma ferramenta adaptada à medição da percepção da qualidade de serviço e da satisfação dos doentes em ambiente de hospital oncológico? Bastará proceder a adaptações à metodologia do Modelo base, ou pelo contrário terão de ser introduzidas alterações procedimentais profundas? Haverá variáveis específicas dessa realidade que devam ser tomadas em consideração?

3.3. Design experimental

O design da pesquisa é o de se conceber uma variante do SERVQUAL partindo directamente do consumidor, isto é no caso vertente, construir uma ferramenta de avaliação da qualidade de serviço / satisfação para serviços de oncologia, começando por ouvir o doente, e depois implementar sucessivamente as fases que conduzem à construção do Modelo SERVQUAL. Caso haja confronto entre o normativo de construção clássico do SERVQUAL e as necessidades específicas da realidade em estudo evolui-se no sentido da obtenção da maior aproximação possível à realidade.

O design foi autolimitado por um protocolo ético, e supervisionado pela Comissão ético-deontológica do Hospital IPO de Lisboa. Os dados foram trabalhados com grande reserva de acesso aos elementos colhidos como forma de resguardo da privacidade dos doentes.

A sequenciação do trabalho de campo utilizada consistiu em três fases. Duas mandatórias e uma terceira condicional aos resultados da segunda. A primeira foi qualitativa, consistindo na avaliação semântica dos termos empregues pelos doentes na referência ao campo de estudo e, estabelecimento de procedimentos de trabalho mediante adaptação de protocolos oriundos de outros campos da ciência, e sua discussão com os Professores Doutores nomeados para o efeito pela Comissão de

Ética do Hospital; a segunda fase, quantitativa, tem como objectivo desenvolver uma nova versão do SERVQUAL especializada na oncologia. Como os trabalhos publicados nos últimos anos têm mostrado a necessidade de grandes adaptações ou mesmo corte face ao modelo base, mantêm-se em aberto situação similar, para o que se reserva uma terceira fase.

Os resultados da fase final seja ela a segunda ou terceira, são validados através da fundamentação quantitativa por equação estrutural, para que se responda a uma das principais críticas da literatura, às actuais alternativas das ferramentas de avaliação da qualidade de serviço, isto é, para que se conheça as principais propriedades psicométricas do que se vier a produzir.

Uma questão que se colocou de imediato foi a da escolha de qual modelo dentro das equações estruturais se empregar: SEM clássica, ou PLS. Como disse Coelho (2007), “A estimação dos modelos SEM pode ser feita por duas famílias de técnicas: as baseadas em co-variâncias e as baseadas nas variâncias. A 1ª família tenta minimizar as diferenças entre as co-variâncias empíricas (observadas) e as co-variâncias implicadas pelo modelo teórico; a 2ª família tenta minimizar as variâncias dos resíduos das várias equações que constituem o modelo (um pouco como faz o OLS na regressão clássica). Na 1ª família a técnica mais utilizada é a de máxima verosimilhança e na 2ª família o PLS” (...) “À luz destas perspectivas as 1ªs seriam usadas quando se pretende fazer a confirmação de teorias e as 2ªs numa perspectiva exploratória ou quando se pretende efectuar previsões (e calcular os valores das variáveis latentes) com modelos já validados. Esta fronteira formal está no entanto a ser esbatida e muitas vezes se usa o PLS mesmo para o teste de teorias até porque como bem se sabe em marketing raramente se usam abordagens estritamente confirmatórias, mas em geral quasi-confirmatórias”.

Um critério seria então escolher em função das vantagens e desvantagens: O PLS tem a grande vantagem de ser *distribution-free* e permitir receber melhores contribuições inesperadas dos dados. Em contrapartida falha largamente numa componente que desde o início se declarou como fundamental que é a do conhecimento psicométrico da ferramenta que se vier a obter. Por seu turno a SEM dispõe de uma larguíssima

panóplia de testes de apoio que permite testar a componente psicométrica dos dados que como se viu na revisão bibliográfica é um dos elementos mais em falta, e pelo qual as publicações recentes clamam. Tem acessoriamente a vantagem de comparabilidade com investigações similares, na medida em que a larga maioria das publicações dos últimos 5-6 anos segue esta abordagem. Do lado das dificuldades situa-se principalmente a das condições de recomendação. A primeira é a do grau de conhecimento teórico do *campus* experimental. As SEM exigem teorização da área. Essa condição existe na medida em que tanto a Satisfação como a Qualidade de Serviço dispõem de corpo de conhecimentos próprio, mau grado as muitas áreas ainda desguarnecidas. O segundo problema é o ser uma ferramenta estatística com dependência distributiva, sendo necessário que haja uma distribuição normal dos dados (ou pelo menos que não seja uma distribuição tipo binomial, exponencial, etc.). Os dados recolhidos como se verá são aproximadamente normais com deslocação à direita da escala. Por todos estes motivos considerou-se que embora pudessem ser empregues tanto o PLS como a SEM, esta última era mais vantajosa dados os objectivos visados.

O Modelo Estrutural que se pretende trabalhar integra como variáveis de imputação as variáveis dependentes sob a forma de escalas de avaliação de uma dada matéria, cujo valor principal será o de constructo operacional expresso através das variáveis latentes e não apenas o de critério matemático simples. Isto implica que, por exemplo, se duas variáveis tiverem uma alta colinearidade poderão ser mantidas como escalas de avaliação, se daí resultarem potenciais medidas de Gestão diferenciadas, em lugar da habitual eliminação de critérios escalares não ortogonais. Assume-se assim que o Modelo incorpora elementos de possível colinearidade e/ou co-variação.

3.4. Hipóteses

H1 : Um modelo de “Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente” será diferente do SERVQUAL na sua versão específica para Saúde Hospitalar Oncológica desenvolvido por Babakus e Mangold, em termos das questões, dimensões factoriais, e importância relativa de cada uma das questões.

O objectivo principal desta hipótese é o de se ter uma avaliação e discussão crítica do método mais utilizado nos hospitais oncológicos, a versão “SERVQUAL Hospital” de Babakus e Mangold produzida em 1992. Esta versão do SERVQUAL embora tenha sido especificamente desenvolvida para aplicação num dos hospitais oncológicos mais prestigiados do Mundo, o Anderson Centre, foi criada por administradores hospitalares e *marketeers* sem qualquer participação do doente, portanto representando a filosofia de gestão designada por “filosofia de produto”.

Na perspectiva desta Tese em que os hospitais devem ser orientados para o cliente, ou por outras palavras, para o paciente, uma aproximação ao problema como a de Babakus e Mangold, apesar de ter sido um passo muito interessante na época em que foi produzido, não é contudo suficiente no actual estado de desenvolvimento dos conceitos de marketing de serviço, e avaliação da satisfação do consumidor.

Esta hipótese testa também a “Gap Theory”⁶⁹ no contexto hospitalar-oncológico relativamente ao Gap 1, e por consequência compara a filosofia orientada para o cliente com a filosofia orientada para o produto.

H2: A avaliação da qualidade de serviço por parte do doente (consumidor) no princípio da terapia/internamento é mais baixa do que no final.

Com esta hipótese tenta-se estudar o enviesamento tradicional que advém de um problema metodológico: Em alguns países⁷⁰ por razões legais, apenas é permitido inquirir o paciente após ter sido dada alta hospitalar. Normalmente os artigos são feitos com base na opinião dos pacientes que receberam alta do hospital até 90 dias após o internamento.

Admite-se nesta hipótese que quando se avalia algo após algum intervalo de tempo, haverá um nível de satisfação, mais positivo e global pelo efeito de retenção

⁶⁹ *Esta teoria foi devidamente explicada na revisão de literatura*

⁷⁰ *p.e. EUA*

assimétrico da memória humana, em que as sensações positivas tendem a ser mais memorizadas do que as negativas⁷¹.

Também a literatura de Psicologia Clínica Oncológica (Dias, 2003), demonstrou que todas as doenças são ansiogénicas para os pacientes, sendo o cancro uma das que maior impacto tem nas percepções de futuro do doente. É sabido que quando uma pessoa está numa situação ansiogénica vê o mundo com uma avaliação mais negativa. Portanto a pressuposição é a de que quando o doente entra para tratamento num hospital oncológico estará mais menorizado psicologicamente do que quando lhe é dada alta, porque em princípio, isso exprime que se encontrava em melhores condições do que quando entrou. Recordar-se que como foram excluídos os casos terminais no protocolo de aceitação por razões de ética, (ver Anexo 5) aqueles doentes que recebem alta para poderem falecer em casa estão ausentes da amostra. Se isso for confirmado demonstra-se que os actuais *ratings* de avaliação hospitalar tenderão a estar sobrevalorizados.

Uma outra aplicação possível desta hipótese é a de testar um problema metodológico de fundo: todas as avaliações de qualidade de serviço e satisfação de consumidores em ambiente hospitalar estão truncadas, porque a distribuição da população respondente nos inquéritos pós-alta não corresponde à da população hospitalar: A particularidade da actividade hospitalar confere a situação única na prestação de serviços, da existência de uma verdadeira mortalidade experimental. Todos os anos quase 100.000 pessoas falecem nos hospitais portugueses. Ora por definição de satisfação, enquanto constructo de grau de cumprimento de expectativas, quando se entra num hospital para receber tratamento, há a pressuposição de que dos actos clínicos saiam resultados positivos para o doente, se possível a remissão da patologia. Em termos conceptuais, os doentes que falecem, se por absurdo pudessem responder no post-mortem, seriam os que presumivelmente tinham em média presumivelmente a mais baixa satisfação.

⁷¹ *Esse é o pressuposto geral das Teorias de Memória, Aprendizagem, Psicodinâmica e Cognitiva.*

H3: Consoante o **risco de morte do paciente**, haverá diferentes percepções de qualidade de serviço / satisfação, expressas através de diferentes médias nos itens do inquérito.

Pelo que se pesquisou na bibliografia, este aspecto nunca foi estudado. O que mais aproximado existe na literatura, é um estudo Powers e Bendall-Lyon (2003) que estudaram com inquéritos de satisfação os doentes após a prestação de serviços de saúde em função da percepção do seu estado de saúde. Verificaram que quanto melhor os doentes consideram que estão mais cotam nas escalas de satisfação, sendo também verdade o inverso. As escalas que mais saturaram o grau de satisfação foram as de avaliação das instalações, o tipo de relacionamento com os prestadores de serviço, e o resultado dessa interacção. A sobrevivência como variável independente, e a sua relação com a satisfação e percepção de qualidade, é em absoluto, uma caixa negra até ao momento. Esta investigação independentemente do sentido das respostas que vier a ser encontrado tem grande interesse devido a duas razões: Primeiro, do ponto de vista teórico, esta relação de intensidade extrema com os serviços, pode dar pistas para a compreensão geral da sua estrutura conceptual. Em segundo lugar, numa perspectiva aplicada, poderá ter directa aplicação na concepção da gestão dos serviços de saúde, possibilitando o desenvolvimento de situações específicas a cada tipo de necessidades.

H4: A **idade** irá ter impactação na percepção da qualidade de serviço e da satisfação dos doentes. Isso poderá visível também nas subescalas componentes do instrumento podendo algumas serem mais reactivas do que outras por tratarem de aspectos fraccionais da realidade hospitalar.

Apesar de os idosos serem a maioria de pacientes internados como resultado da ordem natural da vida, existe pouca investigação acerca do efeito etário. Numa meta-análise acerca da satisfação do paciente, Hall & Dornan (1988) estudaram 221 trabalhos acerca do tema satisfação de doentes em que foi empregue segmentação etária. Apenas 7 % dessas pesquisas analisam pacientes geriátricos. Cumulativamente, este pequeno número de estudos apresenta várias limitações: amostras pequenas e não representativas, todos os doentes com mais de 65 anos foram postas dentro da mesma categoria de idade, etc.



Esta hipótese vem na sequência dos trabalhos de Larson (1999) mas dadas as características generalistas dele pretende-se contribuir para o conhecimento de uma área ainda esparsa, senão mesmo rara, e aprofundar um pouco mais o conhecimento dessa ainda quase intuição.

As poucas coisas que se conhecem na relação entre a idade e a satisfação do paciente, é que nos poucos trabalhos que se debruçaram sobre o assunto, os pacientes mais velhos apresentaram maior satisfação do que os mais novos, Fox e Storms (1981); Williams e Calnan, (1991); Cleary et al., (1992); Larson (1999). Apesar desta correlação positiva, a estrutura da relação é desconhecida excepto em aspectos pontuais: Os mais velhos são mais sensíveis ao relacionamento humano do que às aptidões técnicas; as percepções do paciente acerca da qualidade dos médicos são determinadas pela forma de relacionamento com os médicos.

A sustentar o interesse científico da presente hipótese, está o facto de que o idoso não é apenas um adulto com experiência. Tem características próprias da mesma forma que uma criança não é um adulto em ponto pequeno. Quase todas essas características clínicas, psicológicas e mesmo biofisiológicas estão por estudar (Sixsmith et al. 2007)

O estudo da oncologia pela sua natureza *age-biased* conduz a uma obrigatória reflexão diferencial do idoso face aos restantes grupos etários. Sucede ainda (pelo menos em Portugal mas acredita-se que de modo generalizado pelo Mundo fora) que os idosos são sujeitos de menor grau de instrução do que os mais jovens, o que leva a uma outra faceta do desconhecimento, que é a do comportamento de consumidores menos instruídos.

H5: Cada família terapêutica (radioterapia, quimioterapia, e cirurgia) terá um tipo específico de necessidade, expresso através de diferentes comportamentos nas escalas.

É sabido como a quimioterapia, e a radioterapia têm profunda afectação na qualidade de vida dos doentes, ao mesmo tempo que são ferramentas de intervenção basilares na luta oncológica. Saber-se antecipadamente que os doentes sujeitos a tais tratamentos podem ser afectados no seu nível de satisfação, é uma informação preciosa para quem

trabalhar com esses doentes. Além disso é um elemento estrutural na interpretação da avaliação de um hospital onde a grande maioria dos doentes recorra a essas abordagens clínicas.

Não consta das bases de dados utilizadas para suportar a revisão de bibliografia (nem é do conhecimento dos oncologistas que acompanharam a pesquisa os quais recorrem a bases de informação da medicina e farmácia) qualquer trabalho científico, realizado até ao momento sobre esta temática.

Esclarece-se no entanto, que esta hipótese vem principalmente por mérito dos profissionais clínicos que manifestaram na discussão do plano de pesquisa haver interesse prático no seu conhecimento detalhado, mas simultaneamente não terem quaisquer dúvidas de que diferentes tipos de tratamentos exigem diferentes maneiras dos serviços na forma de lidar com os doentes.

H6: Os doentes com baixa instrução terão uma avaliação diferente dos outros com média ou alta instrução. A razão pela qual se coloca esta hipótese reside no desconhecimento dos comportamentos de resposta das populações menos instruídas. Acredita-se que não só haverá variações, como a própria estrutura das respostas será diferente. Não se dispõe de particular fundamentação científica para a colocação da hipótese, pois as referências a esta matéria associam baixa escolaridade com baixo nível de rendimento, sendo habitualmente designados por “*poor people*” ou “*poor self-rated*” (Newsome e Wrigth, 1999). De qualquer forma sabe-se embora com muito esparsa fundamentação que pessoas com essas características cotam mais baixo nas escalas de satisfação quando procedem à avaliação de serviços de saúde⁷² (op. cit.). Com tantas dificuldades de transposição dos conhecimentos, não se sabe adiantar exactamente o sentido em que se irá dar (se der) essas flutuações.

⁷² *É difícil proceder a generalizações porque o estudo dos autores apenas incidiu em cuidados de saúde oral ambulatoriais, contempla um só país, e tem já 8 anos. Além disso e mais importante não é dito se foi feita avaliação técnica dos serviços prestados, isto é, se pessoas com as características relatadas têm ou não o mesmo atendimento do que os mais abastados.*

H7: Comparação Urbano / Rural. A área de cobertura do IPO de Lisboa, abrange em termos demográficos principalmente um público urbano, no entanto em termos geográficos a maior área é rural. Na ausência de conhecimento da impactação de elementos transculturais significativos na pesquisa de qualidade de serviço e de satisfação torna-se uma boa possibilidade de explorar essa vertente.

Também durante os trabalhos de pré-conhecimento da área, para a tomada de decisão sobre qual especialidade clínica decorreria a investigação da presente Tese se desenvolveram contactos exploratórios com doentes, familiares e médicos. Nessa interacção verificou-se que as pessoas provenientes de áreas rurais têm uma percepção diferente da qualidade de serviços, em relação a outras originárias das áreas urbanas, ou pelo menos referiam-se às mesmas realidades de modo diferenciado.

Esta variável tem na realidade Portuguesa uma forte colinearidade com os níveis educacionais e profissão. Mas admite-se que poderá ser mais do que apenas colinearidade. Um tipo de “percepção rural do modo de vida”.

H8: Por analogia à psicologia diferencial os padrões de reposta dos **géneros sexuais poderão a ser diferentes.**

Quase não há literatura de suporte para esta hipótese. Apenas alguns trabalhos genéricos e quase sempre em ambiente escolar avaliaram a impactação do género humano na qualidade de serviço e na satisfação (Snipes et al. 2006), concluindo que os homens dão melhor cotação do que as mulheres, mas porque tomam em consideração a justiça de prestação do serviço, situação endógena da condição de aluno que é avaliado. Num outro estudo, (Voss e Cova 2006), desta feita realizado em marketing de serviços culturais, também verificou-se que as mulheres cotam pior do que os homens sendo a excepção as situações que envolvam aspectos sociais. Em saúde o trabalho de Larsson (1999) continua isolado. Apesar de incidir em aspectos muito parcelares dos cuidados de saúde aponta ao contrário para uma eventual majoração por parte das mulheres.

H9: Em linha com a Teoria *option-choosing* de Swan-Bowers, se aplicada à saúde passa por envolver o doente o máximo possível na tomada de decisão do processo clínico. Coloca-se a hipótese de que os **doentes que foram (ou sentiram ser) envolvidos na escolha dos protocolos clínicos em que são envolvidos, terão melhores avaliações do que aqueles em que o médico assume todas as decisões.** Além da leitura de Swan-Bowers elegeu-se esta hipótese dada a crescente importância do *patient centered* enquanto ferramenta de gestão do doente.

H10: Os doentes com repetidos internamentos terão piores avaliações do que os que o fazem pela primeira vez.

Não há no conjunto das bases de dados trabalhadas⁷³ literatura que tenha especificamente estudado esta matéria no contexto da qualidade de serviço e/ou satisfação. Esta leitura decorre por isso directamente da discussão Tesser-Linville sobre polaridade-extremismo. Os doentes portadores de uma doença tão estigmatizante e fisicamente debilitante deverão aumentar o seu cansaço com a situação e por essa via reduzir os limiares de tolerância, por conseguinte castigar mais nas avaliações. Assim se os resultados forem no sentido de Tesser, à medida que as pessoas forem sofrendo sucessivos internamentos, extremarão a seu grau de avaliação. Se os resultados adquirirem o padrão de Linville, aproximar-se-ão progressivamente do centro da escala, com um duplo movimento: aqueles que derem muito altas pontuações no início decairão, e os doentes que derem más avaliações no início, irão aumentar os seus valores.

H11: Os doentes com longos períodos de internamento tendem a registar piores avaliações do que os que ainda se encontram na fase inicial do internamento.

Esta hipótese é similar à anterior mas incide no tempo de permanência. Também não tem suporte na literatura consultada. Há interesse em ser estudada porque, se se vier a confirmar o facto, é possível introduzir no protocolo de atendimento, elementos de

⁷³ As bases trabalhadas foram as da rede digital nacional do B-On (8) e as subscritas pela UCP (6), o que em conjunto cobrirá cerca de 98% dos artigos de gestão e economia publicados nos últimos 25 anos em revistas científicas referenciadas. Complementarmente para a área de saúde utilizaram-se as da DGS e do IQS num total de 5.

humanização do processo clínico que de alguma forma compensem o abaixamento de positividade. Para além das características aduzidas na hipótese anterior, existe um ponto de interesse académico que reside na análise da percepção de passagem do tempo e sua interactividade com a memória.

H12: Por o Cancro ser uma doença tão estigmatizante como é sabido, os doentes serão muito sensíveis aos aspectos psicológicos, podendo considerá-los como uma necessidade de *per si*.

Não há literatura específica desta matéria na qualidade de serviço ou satisfação. No entanto no domínio da psicologia oncológica defende-se a necessidade de uma atenção a este aspecto (Veronesi 1999; Kash et al. 2000). Considera-se que na estrutura das necessidades de prestação de serviço dos doentes oncológicos, a dimensão do apoio psicológico possa ser parte intrínseca. Se assim for as escalas que tenham forte relação com a existência de apoio psicológico serão isoladas em factor próprio.

3.5. Ferramentas empregues

A principal ferramenta conceptual empregue no presente estudo como consta da revisão de literatura, foi o SERVQUAL, pelo que se remete o leitor para o que foi dito nessa parte. O preenchimento das avaliações foi registada em escalas de Lickert de 7 pontos conforme instruções do Manual da Aplicação do SERVQUAL. Mais tarde passou-se a escalas de 10 pontos mediante justificação a ser dada.

O processamento de dados foi realizado com os programas SPSS V14 e AMOS 6. Os restantes softwares empregues são standards de mercado.

Foi desenvolvido um Protocolo Ético para instrumentar a forma de acesso aos doentes, registo e preservação dos dados, e prestar garantias formais de sigilo. A forma de contacto com os doentes, e recolha dos dados foi a da entrevista presencial. Para maior detalhe ver especificações no Protocolo Ético (Anexo 5).

Produziu-se também um Protocolo de Aceitação (ver de modo detalhado no ponto 3.6.4.) para crivar os doentes que poderiam ser convidados a participar na amostra, sem que a sua entrada introduzisse variáveis parasitas potencialmente controláveis.

3.6. Definição operacional das variáveis independentes

Foi seleccionado um grupo de variáveis independentes de natureza sociodemográfica caracterizadora dos pacientes utilizados na amostra:

1. Sexo

Classificado por género: masculino e feminino

2. Idade

Recolhida directamente com anotação do número de anos completos à data da entrevista. Após essa recolha agrupou-se os dados, classificando-os em três grupos aproximadamente pela média e desvio-padrão, de modo a obter uma distribuição a mais equilibrada possível, e que correspondesse a realidades diferentes do modo de estar na vida, de que resultaram as seguintes classes etárias, partindo de uma média de 61 anos: 20 a 45 anos, exprimindo a vivência daquilo que chamámos “jovens adultos⁷⁴”, 46 a 65 anos, a qual corresponderá a uma vivência da vida em plena maturidade, e finalmente dos 66 a 90 anos exprimindo a fase senescente da vida.

3. Nível de educação

O nível educacional foi dividido em grupos de 6 anos educacionais (entre 1º e 6º anos designado por “educação básica”; do 7º ao 12º anos chamado “educação secundária”; e 13 ou mais anos de escolaridade recebeu o título de “educação superior”, mesmo que seja proveniente de antigas classificações profissionalizantes equiparadas ao ensino superior, porque o que interessa é agrupar os doentes por nível de conhecimentos científicos). Durante o processo encontrou-se um número expressivo de pessoas sem qualquer formação educacional. Decidiu-se então criar um nível zero

⁷⁴ *O conceito de “jovem” aqui não é o da sociologia, mas numa perspectiva oncológica de densidades relativas de ocorrências.*

de educação, pelo que ficaram quatro grupos educacionais, embora isso tenha funcionado principalmente para controlar o facto do doente ser analfabeto, e se desconhecer qual a impactação desse elemento.

4. Zona de Residência (rural e urbana)

Considerou-se como nível minimal de território a Freguesia para descrever a residência do doente. Separaram-se as Freguesias apenas em rurais e urbanas, como o faz a organização territorial Portuguesa. Porém, alterou-se a taxinomia oficial por esta ainda ser mais primitiva do que o modelo criterial empregue na pesquisa.

O conceito de ruralidade foi definido de modo diferente do oficial⁷⁵, sendo consideradas rurais as freguesias dominadas por uma vivência próxima do sector agrícola. Esse elemento é pesquisado aquando da entrevista, em que o doente descreve o tipo de localidade onde habita. Nos casos em que a uma mesma localidade agrega várias Freguesias considerou-se a sobreposição hierárquica da localidade sobre a freguesia. Isso permitiu evitar o erro classificativo oficial em que uma pequena Freguesia do centro da capital é considerada rural.

5. Profissão/Ocupação

A variável foi classificada de um modo sociológico conforme é usual fazer-se nos estudos oficiais do Ministério do Trabalho: Criaram-se dez grupos, seis dependendo das necessidades educacionais e de conhecimento profissionais: trabalhadores indiferenciados, são aqueles que não necessitam para exercer o seu trabalho de grande formação escolar nem profissional, por exemplo porteiras, empregadas domésticas, serventes, e afins; trabalhadores manuais, são aqueles que não carecem de grande formação escolar, mas necessitam de saberes profissionalizantes, por exemplo pedreiros, pintores, e similares; trabalhadores qualificados, necessitam de alguma formação académica, e formação profissional, por exemplo fresadores, empregados bancários, etc. trabalhadores especializados, são os que necessitam de possuir

⁷⁵ O INE considera uma freguesia rural quando esta tem menos de 1.000 habitantes. Porém essa classificação remete para o problema das pequenas freguesias dos centros de cidades, quase todas elas com baixo número de habitantes.

formação académica e profissional, mas não requerem frequência universitária ou similar, por exemplo desenhador, programador informático, etc; quadros técnicos e superiores, são os trabalhadores que para o bom desempenho da sua actividade profissional requerem frequência universitária e treino específico profissional, por exemplo professores, engenheiros, etc. forças militares e militarizadas, à semelhança do que se faz nas classificações nacionais e da UE, os militares e afins pela natureza específica das suas tarefas, são colocados em classificação própria. Inclui-se também quatro tipos de actividade ou estado: estudantes e jovens desempregados. No caso de serem trabalhadores-estudantes classificam-se como trabalhadores na categoria que lhes competir. A inclusão dos jovens desempregados prende-se com a pequena diferença existente entre um jovem finalista universitário, e o seu estado semanas depois enquanto procura emprego; domésticas e desempregados acima de 30 anos foram agrupados numa mesma classe por dois motivos: o número de desempregados registados foi muito baixo, para que pudesse constituir classe própria, e do ponto de vista produtivo social o contributo é idêntico; reformados, considerando-se nesta classe não só os reformados por estatuto, como os pensionistas e outros recebedores de fundos públicos por atingimento de idade; por último há a classe "outros" que se destinou a receber todos os sujeitos não enquadráveis nas anteriores nove classes profissionais.

O segundo grupo de variáveis independentes proveio do grau de desenvolvimento da doença no paciente, sua natureza taxinómica e patológico-hospitalar.

6. Natureza e risco da doença.

Constituíram-se três grupos de pacientes separados pela taxa de sobrevivência a cinco anos segundo estimativa das tabelas clínicas de sobrevida oncológica. A taxa de sobrevivência dos grupos foi determinada pelas tabelas médicas de sobrevida a cinco anos (National Statistics UK Cancer. Net Ref. 2007), usando o tipo de cancro

constante no processo clínico e, se possível no caso de ser facultado⁷⁶, o estágio de desenvolvimento da doença.

Grupo I são aqueles doentes que terão uma taxa de risco de morte abaixo de 35% nos próximos 5 anos. Grupo II terá uma probabilidade de morte entre 35% e 65-70% no período considerado. Grupo III tem mais de 70% de probabilidades de morte, durante 5 anos seguintes à entrevista.

Nos casos de classificação difícil, foi atribuído um grupo de pertença com base na avaliação qualitativa de um clínico do serviço onde o doente estava internado e remetidos para uma classificação final de risco: Baixo, Médio e Alto risco.

Exemplos de classificação da doença:

Baixo Risco: Basalioma espino-celular, carcinoma, alguns tipos de leucemia.

Médio Risco – Cancro da mama (fases 2 e 3), cancro cervical do útero.

Alto risco – Carcinoma dos ovários, cancro do pulmão.

As patologias dos doentes componentes da amostra estão listadas no Anexo 3.

7. Duração da doença

Foi classificada pelo número de meses decorrentes desde o diagnóstico inicial de cancro. Esta variável é sujeita a recodificações para ser possível criar classes temporais.

8. Pacientes internados / ambulatório

Vários pacientes com assistência diária ou regular no hospital não permanecem como internados. Algumas abordagens ao tratamento do cancro podem ser feitas ambulatoriamente, sendo essa uma das estratégias em voga na Gestão Oncológica Hospitalar, pois permite melhorar a humanização do tratamento do doente por este permanecer no seu espaço íntimo, apenas tendo de se deslocar ao hospital para

⁷⁶ Em vários doentes à data da entrevista, não era ainda conhecido pelos seus clínicos assistentes o grau de desenvolvimento da doença. Nesses casos optou-se por colocar aquilo que lhes pareceu mais provável. Em caso de grande dúvida não se considerou esse campo.

receber a terapia, e estar algum tempo sob vigilância. Outra razão é que também significa uma forte redução dos custos hospitalares por doente tratado.

9. Pré / pós cirurgia

Se o paciente necessitava de tratamento cirúrgico no protocolo clínico, foi classificado dicotomicamente em pré ou pós-cirurgia. Esta é uma variável vocacionada para a medição dos efeitos ansiogénicos.

10. Tipologia de serviço de recrutamento dos doentes componentes da amostra

No essencial foram empregues três serviços do IPO: Dermatologia Oncológica, Cirurgia I (mama) e Ginecologia Oncológica. Perto do final da recolha de dados e porque se tinha esgotado o “stock” de doentes enquadráveis no estudo, foi alargado a um grupo extra de doentes, tão próximo quanto possível das realidades tratadas nos serviços clínicos escolhido para base de levantamento de dados. Escolheram-se doentes dos serviços de Cirurgia II e Hematologia, por razões adiante explicadas.

11. Período de recolha dos dados

Dos doentes internados, um terço é entrevistada até meio do seu tempo de internamento previsto. Os restantes são entrevistados nos últimos 2-3 dias da situação de internamento do paciente, portanto numa situação em que se aguardava a alta hospitalar.

3.7. Universo e Amostra de pesquisa

O Universo de extracção da Amostra é constituído pela área de cobertura do Hospital IPO, a qual é definida pela Região Oncológica Sul de Portugal, Ilhas, num total de mais de 4.000.000 de habitantes (Relatório e contas IPO 2004).

O hospital em causa caracteriza-se por ser uma entidade de excelência, prestadora de cuidados a todas as idades. Pelas razões apontadas no ponto relativo à idade não se utilizam menores na amostra desta investigação. Dispõe de 285 camas de internamento, e mais 132 de hospital de dia, pelo que já pode no contexto dos hospitais especializados, ser considerado de média-grande dimensão.

O Relatório e Contas (ibidem) menciona a caracterização da produção hospitalar, em 48.768 doentes atendidos, dos quais 9.140 foram novos doentes, o que evidencia a extensão do ciclo de assistência temporal⁷⁷, o qual foi de 5,2 anos. 65% dos doentes são da faixa etária do 30 aos 65 anos, com a proporção de 2 mulheres por cada homem atendido. Parte da razão desta assimetria reside no facto do IPO Lisboa dispor da valência de ginecologia oncológica, e ser centro senológico. Deste modo 27% das doentes foram do foro mamário, e 21% do uterino. A dermatologia também é muito representativa da produção do IPO Lisboa com 16% das doentes. Quanto aos homens atendidos, temos como maior frequência, o cancro das vias aero-digestivas (22%), pele (18%) e próstata (7%).

Outras considerações sobre a possibilidade de estender a demais populações a realidade representada pelo Universo Amostral são desenvolvidas no ponto dedicado à discussão da Validade Ecológica da pesquisa. De forma genérica pode-se adiantar que de algum modo o Universo demográfico é idêntico ao das populações ocidentais europeias Mediterrânicas. Possivelmente também similar ao das populações de cultura ocidental.

Para a formação da Amostra, no início da pesquisa, estabeleceu-se um número elevado para o “n” global solicitado ao IPO, 600 doentes, de maneira a analisar todas as hipóteses do plano de pesquisa, e repetir o pré-teste tantas as vezes quantas as necessárias. Destes seriam (no plano inicial) empregues 150 doentes (25%) nas fases qualitativa e pré-testes, e 450 doentes (75%) na fase do teste propriamente dito. O objectivo secundário foi o de responder a uma crítica (constatação dos próprios autores) da maioria dos estudos similares, onde não ficam certas por o número dos doentes participantes ser muito limitado. A Comissão de Ética, e a Direcção Clínica do Hospital aceitaram.

O modo de extracção da amostra pode situar-se entre o Método de Juízes e o Método de Conveniência. A componente vinda do método de Juízes decorre de que a

⁷⁷ *Total de doentes do ano / novos doentes desse ano*

definição dos Serviços Hospitalares aonde decorreu a recolha de dados ter sido decidida em conjunto pelo Director Clínico do Hospital e pela Comissão de Ética do Hospital, mediante proposta conjunta do proponente da Tese e dos membros destacados pela Comissão de Ética para o acompanhamento do estudo, definidos que foram os critérios necessários à pesquisa. A componente de método de conveniência decorre de duas instâncias: a permissão de se realizar a pesquisa no Hospital IPO⁷⁸, e a aceitação do doente em participar. A contribuir para o critério de conveniência, esteve a necessidade de impor critérios de rejeição a determinados doentes conforme se especifica no ponto relativo ao Protocolo de Aceitação.

Uma vez definidos os Serviços de recolha de dados, e excluídos os elementos incompatíveis com o Protocolo de Aceitação são convidados a participar todos os doentes que estejam nos Serviços nos dias e horas permitidos pelo Hospital.

No entanto, durante o tempo em que decorreu o projecto de investigação encontrou-se um problema amostral: houve a necessidade de receber muitos mais pacientes do que os que foram solicitados, devido à recusa de muitos deles em participar no estudo, e da aplicação dos critérios do protocolo de aceitação. Em pouco tempo utilizou-se todo o “stock” de pacientes dos serviços que tinham sido disponibilizados (dermatologia, ginecologia e cirurgia) permanecendo apenas o fluxo corrente de novos casos. Juntaram-se mais alguns doentes de outros serviços que na opinião dos médicos nomeados pela Comissão de Ética do IPO e do Director Clínico do Hospital para acompanhar o projecto de estudo, pudessem ser comparáveis em termos de risco clínico e de tipologia dos tratamentos. Assim passaram a figurar na amostra mais alguns doentes de Cirurgia II e Hematologia⁷⁹. Mesmo com este procedimento foram gastos muitos mais meses do que o inicialmente previsto, num total de 19 meses de

⁷⁸ *Inicialmente visava-se proceder à recolha de dados em três hospitais de Lisboa para acelerar a recolha de dados, e evitar problemas de cultura organizacional. Contudo depois de autorizado pela Comissão de Ética e Direcção Clínica dum segundo Hospital, os médicos do serviço nomeado, consideraram que não seria ético alguém que não fosse médico estudar esta matéria. No terceiro hospital a Direcção Clínica autorizou mas o Director do serviço não. Este processo autorizações consumiu 14 meses, pelo que para não prolongar mais a espera se optou por utilizar somente o IPO..*

⁷⁹ *São os doentes que aparecem na base de dados com a serie de numeração 500.*

intervalo entre o primeiro e o último doente entrevistados, em lugar dos quatro meses programados.

Como houve muito mais recusas de participação do que esperado⁸⁰, em concreto, uma taxa de recusa conjunta⁸¹ um pouco superior a 55%, reduziu-se a amostra da fase qualitativa de 150 para 139 (58 + 81) e a amostra da fase 3 de 450 para 331 indivíduos, num total de 470 doentes trabalhados e cerca de 995 doentes contactados.

3.8. Procedimentos experimentais

As especificidades de uma pesquisa como a que aqui se apresenta obrigam à aplicação de procedimentos alternativos e/ou complementares às regras gerais do Modelo base. Abaixo encontram-se os principais pontos que foram objecto de reflexão e/ou acção, bem como os elementos procedimentais que se considerou poderem melhorar a clareza do texto. Destacam-se a definição Protocolo de Aceitação para determinar quem pode (ou não) ser entrevistado e o Protocolo Ético que estatuiu os direitos dos doentes e deontologia de conduta na relação com os doentes e o IPO.

3.8.1. Método de Recolha da informação

A princípio utilizou-se o procedimento recomendado pelo Manual do modelo SERVQUAL (dar o questionário ao cliente (no caso o paciente) e recebê-lo mais tarde). Mas a taxa de devolução foi de menos de 10%, e os poucos inquéritos recebidos tinham muito má qualidade, sendo todos eles anulados. O estudo não foi para os doentes uma prioridade, mas o principal problema para a maioria deles residiu na dificuldade ou mesmo incapacidade de leitura/compreensão do que se solicitava. Para resolver este problema, alterou-se o procedimento de recolha de dados substituindo-o por uma entrevista pessoal, em que o entrevistador leu e explicou a

⁸⁰ *Admitiu-se na planificação inicial que a taxa de adesão dos doentes fosse aproximadamente a mesma da registada na adesão de doentes aos estudos de ensaio clínico ou farmacológico.*

⁸¹ *A taxa de recusa conjunta é a síntese das recusas originadas pela recusa pura e simples em participar, a recusa em participar após explicação dos objectivos do estudo, e as desistências durante a entrevista. Nesta última classe houve muito poucas ocorrências.*

pergunta sempre que necessário clarificando o que se desejava com cada questão. O mesmo sucedeu com as escalas, onde sem que houvesse uma repetida explicação do sentido das positivities, muitos dos doentes não eram capazes de cotar devidamente. Nas pessoas sem capacidade de leitura foi-lhes explicado o inquérito, ao contrário dos restantes elementos que não só tiveram explicação das perguntas sempre que o solicitaram, como foram presenciando e lendo o próprio inquérito. Desconhece-se o impacto nos resultados de uma fracção dos inquiridos ser questionado de um modo diferente do restante grupo. Não se encontrou na literatura científica estudos que estimassem desvios ou caracterizassem os resultados pelo facto de se trabalhar com populações analfabetas. Acredita-se contudo que se poderá empregar sem dano de maior pessoas às quais tem de ser explicado o inquérito, porque se existissem grandes impactações decorrentes do modo de aplicação entre as duas formas empregues (leitura própria vs leitura por terceiro) existiria alguma pesquisa sobre a matéria. Além disso a situação oncológica é tão imperativa sobre o sujeito doente que possivelmente se sobrepe às características de escolaridade.

Esta nova medida exigiu vários desenvolvimentos dos procedimentos de maneira a manter elevados padrões de ética e não causar danos aos pacientes. Sucintamente, os itens mais importantes que exigiram soluções foram:

- 1- Definir a técnica de entrevista pessoal
- 2- Estabelecimento de regras para entrevista
- 3- Explicação das regras acerca dos itens com um baixo nível de enviesamento do entrevistador

Os três elementos mencionados foram solvidos com recurso a formação e treino, como adiante se explicitará.

3.8.2. Protocolo de Ética e Garantias aos doentes

Uma das questões mais problemáticas foi a de se definir uma forma de inclusão dos pacientes nas amostras de investigação, com critérios que fossem rigorosos, e que simultaneamente respeitassem a legislação nacional, e a regulamentação da Comissão de Ética hospitalar do IPO.

As recomendações da literatura científica a este propósito na amostragem em gestão da saúde são praticamente inexistentes, fruto desta ser uma discussão relativamente recente e de contexto quase exclusivo das ciências farmacêutica e médica.

Na ausência de algo mais substancial procurou-se na literatura de suporte ao corpo teórico da pesquisa, se os autores dos estudos aplicativos dos conceitos de qualidade e satisfação ao sector de saúde declaravam ter seguido alguma referência normativa ética para efectuar a recolha das amostras. Para além de remotas referências de que foram cumpridas as normas legais⁸², não se declararam quaisquer cuidados especiais na selecção das amostras, parecendo imperar sobre todas as outras prioridades, a necessidade de arranjar uma amostra tão ampla quanto possível.

Este problema é compreensível e tem muita pertinência visto que a situação de recolha de dados em saúde é uma expressão antagónica: Quanto mais se purifica uma amostra tornando-a mais homogénea, e por inerência com as variáveis parasitas controladas, mais se rarifica a densidade de ocorrências, agravando a capacidade de obter dados. No ponto seguinte, Protocolo de Aceitação, materializa-se melhor os critérios de exclusão de sujeitos.

O cliente dos Serviços de Saúde é deveras diferente do consumidor de serviços genéricos, impondo por isso metodologias próprias. Inventariando alguns itens de diferenciação: A relação diádica entre os profissionais de saúde e os pacientes não é a corrente na prestação de serviços gerais, especialmente no caso da relação com os médicos; existe uma obrigação de exercício de uma componente ética durante o desempenho do serviço que muitas vezes está subordinada até a obrigações de foro jurídico, de que o segredo clínico será o mais conhecido mas não o único elemento; há uma preparação científica assimétrica na maior parte das vezes entre o prestador de cuidados e o paciente; o extremo envolvimento emocional e cognitivo de ambas as partes na prestação do serviço; e finalmente em muitas situações, a impossibilidade do paciente em participar na escolha do tipo de serviços a prestar, conduzindo a um grau de controlo de gestão totalmente assimétrico entre as partes.

⁸² *Nos estudos de origem norte americana, por vezes há a referência de que foram respeitados os 90 dias de espera após a alta. Pouco ou nada mais é indicado.*

Um segundo grupo de dificuldades depende da condição mental do doente. Normalmente nas prestações de serviços, os clientes e consumidores dispõem de pelo menos de uma predisposição mínima para interagir com o fornecedor de serviços de uma maneira adequada. Pelo contrário, encontra-se entre os grupos de doentes, várias condições que interferem com a possibilidade de adequação, ou sequer de existência de plena consciência. Existe por exemplo entre as pessoas idosas, frequentemente estados de debilidade da sua condição mental e ou psicológica, como a senilidade e os síndromas degenerativos neurológicos com resultados semelhantes. Acresce às condicionantes endógenas da população afectada pela doença oncológica se concentrar nas faixas etárias mais avançadas, a própria menorização íntima do doente pelo desgaste físico de tal patologia, por saber que se encontra em perigo de vida, e pela estigmatização inerente à doença oncológica.

Em síntese, mesmo os doentes passíveis de inclusão têm por principais características: Serem pessoas mais velhas do que a média da sociedade, e em consequência disso terem uma experiência histórica de vida (pelo menos em Portugal) que se pode resumir numa preparação escolar diminuta; baixas expectativas de vida sobre todos os assuntos; alta complacência com pessoas de elevado *status* social⁸³.

A terceira fonte de complexidade para os procedimentos é a dos direitos do paciente. Este item é particularmente importante para o uso da metodologia aqui presente: ao contrário da generalidade dos estudos referidos na bibliografia, utilizou-se pacientes durante o seu período de permanência no hospital.

Por quarto e último lugar uma nota sobre os aspectos legais. A Lei estabelece a informação acerca da Saúde como uma das informações mais reservadas que uma pessoa tem. Cada país define leis para regulamentar o sigilo da informação em saúde, e naturalmente existem diferenças entre os países. Em princípio genérico, os cidadãos

⁸³ *Não se encontrou estudos que quantifiquem este fenómeno para Portugal. No entanto é esta a expectativa face ao que tem sido estudado um pouco por todo o Mundo ao longo dos últimos 30 anos pela investigação em Representação Social.*

dispõem de protecção legal porque a informação acerca do seu estado de saúde tem impactos na sua vida económica. Por exemplo, se uma pessoa quer contrair um empréstimo para uma casa, o risco do crédito irá depender do estado de saúde do cliente. No caso Português a reserva atinge estatuto de direito constitucional, e a manipulação dos dados está sujeita a regulamentação e permissão pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, a qual pode agir preventivamente ou sancionatoriamente contra o colector e/ou utilizador da informação.

Estes aspectos foram amplamente discutidos com dois Doutores da Comissão de Ética do IPO, os quais em sucessivas reuniões, ajudaram a desenhar um protocolo ético, o qual foi depois sujeito à referida Comissão para aprovação. Nele foi consignado que os doentes usufruiriam de um conjunto de garantias:

1. Garantia de cumprimento dos direitos do paciente.
2. Garantia do processo de transparência em termos informação confidencial, uso de informação e acesso à informação.
3. Garantia de cumprimento da legislação portuguesa relevante para a investigação de Saúde.
4. Garantia de que o envolvimento com o paciente não prejudica os horários de funcionamento do hospital.
5. Disponibilidade para interrupção durante o processo de investigação.

As Garantias prestadas foram tangibilizadas no seguinte documento, explicadas ponto por ponto aos doentes, e recolhida uma declaração assinada por ambas as partes (doente e entrevistador) num documento designado por “Consentimento Autorizado” (Anexo 5) em como aceitava participar na pesquisa. Nesse documento consta todas as informações sobre as garantias do doente, e os dados de quem se responsabiliza pela investigação caso ele queira agir de alguma forma mais tarde.

Síntese do Protocolo Ético

1. Os pacientes têm o direito a participar ou a recusar a sua inclusão na amostragem da pesquisa.
2. Têm também o direito de não ser sujeitos a pressão para participar no estudo.
3. Os doentes têm o direito de interromper a participação nas entrevistas se assim o desejarem, sem terem de explicar a razão por que o fazem.
4. Declara-se que há a consciência de que cada medida tomada na pesquisa com os doentes poderá pô-los em *stress*, e devido a isso interagir negativamente no tratamento.
5. Os doentes têm direito a uma informação completa dos objectivos do estudo.
6. Os menores têm a protecção legal contra todas as acções dentro ou fora do hospital, necessitando de especial autorização dos seus pais para qualquer acto que com eles se tenha.
7. A todos os doentes é garantido total sigilo do que disserem, incluindo-se nesse âmbito os próprios profissionais de saúde do hospital.
8. Os direitos dos doentes são-lhes explicados antes de começar qualquer trabalho com eles, e é assinado por ambas as partes (doente e entrevistador) um acordo que tangibiliza o Protocolo Ético.

A aplicação deste Protocolo Ético, (para maior detalhe consultar Anexo 5) teve as maiores consequências para o estudo. Umhas positivas, porque se tornou muito visível a abertura dos doentes que sabendo do sigilo e objectivos, manifestaram muito abertamente as suas opiniões, frisando amiúde a necessidade de manter confidencialidade perante os funcionários do hospital daquilo que eles declaravam. Outras negativas, tendo sido talvez o maior óbice de trabalho: 35% dos pacientes quiseram terminar antes de o processo estar concluído, por se sentirem à-vontade de o fazer. Desconhece-se na maioria dos casos as razões que os conduziram a isso, porque recorda-se não se podia colocar essa questão. Em debate com as várias pessoas intervenientes na feitura das entrevistas, considerou-se como fontes maiores de

desistência durante o decorrer das entrevistas o cansaço físico e psicológico, e algum receio de que mau grado as declarações de reserva, pudessem chegar as suas avaliações aos funcionários do hospital.

Aparentemente em muitas entrevistas onde se registou interrupção o padrão de respostas estaria a ser mais baixo do que naquelas em que se concluiu. Não se pôde confirmar esse facto porque essas entrevistas foram anuladas e fisicamente destruídas frente aos doentes, para que não existissem dúvidas desse facto. A ser verídica a intuição, significa que os dados finais possam estar um pouco empolados positivamente.

As recusas liminares surgiram também em número significativo. Pareceram ter razões diversas mas pelas mesmas causas não se insistiu com os doentes para se justificarem. Mais uma vez apenas por mera intuição de quem falou com os doentes, as principais razões poderão ter sido desagrado em falar da sua doença, o que corresponderia à *avoiding strategy* uma das fases iniciais de lidar com doenças graves, e o receio de não se ser capaz de perceber o inquérito. Apenas uma pesquisa direccionada para esta matéria poderá aclarar correctamente o que leva à recusa inicial, e à desistência. Entre recusas e desistências somou-se cerca de 55% dos sujeitos contactados.

3.8.3. Protocolo de Aceitação

Desenvolveu-se um Protocolo de Aceitação para seleccionar as pessoas que eram convidadas a entrar na amostra do estudo, de maneira a respeitar as questões legais específicas nos serviços de Saúde, as regras éticas supra mencionadas, e evitar na medida do possível as variáveis parasitas. O Protocolo é de natureza disjuntiva e exclui todas as pessoas que por alguma razão possam pela sua participação induzir variância parasita. A forma final do Protocolo ficou (Anexo 5):

Protocolo de Aceitação: Critérios de Exclusão

São aceites todos os sujeitos com excepção dos que:

- 1- Sejam menores de 18 anos
- 2- Tenham simultaneamente outras doenças estigmatizantes
- 3- Sejam provenientes de outras subculturas (emigrantes, ciganos, etc.)
- 4- Estejam em fase terminal da sua doença
- 5- A investigação possa prejudicar a sua recuperação clínica
- 6- Não estejam em condições psiquiátricas adequadas

Passando a explicar cada um dos itens:

1. Os menores foram excluídos por várias razões: As crianças têm legislação que as protege de qualquer acção de estudos clínicos ou outros no foro hospitalar,
2. Tendo de se obter autorização caso a caso junto dos pais, situação que ia delongar o período de recolha dos dados; o desenvolvimento infanto-juvenil corresponde a diferentes estádios de desenvolvimento intelectual, os quais por si só são matéria suficiente para investigação, e que conferem à criança em cada estágio estruturador uma forma específica de encarar o Mundo. Pela negativa, se se incluísse as crianças e os jovens não se saberia se os resultados eram devidos a alguma particularidade específica desenvolvimental do respondente, se devido ao estado clínico do doente; há também muito menos casos de doença oncológica entre as crianças do que entre populações mais velhas, o que aumentaria a dificuldade de recrutamento.
3. Os portadores de doenças estigmatizantes foram excluídos para controlar os resultados decorrentes da concomitância entre a doença oncológica e a segunda doença. Considerou-se “doença estigmatizante” toda a que pela sua existência afecte de modo marcado a vida física e/ou psicológica do doente⁸⁴.

⁸⁴ Não foi constituída lista específica de doenças passíveis de exclusão dada a necessidade de avaliação caso a caso. São conhecidas 18.000 doenças, todas elas com diferentes graus de afectação, o que tornaria a lista impraticável.

4. A exclusão dos provenientes de subculturas não teve é claro qualquer propósito racista, mas tão-somente o controlo de variáveis parasitas. A vivência de uma doença é algo de muito cultural, em particular se numa larga percentagem dos casos vier a resultar a morte como é o caso do cancro. Considerou-se que o conhecimento dessa variável cai mais no domínio da transculturalidade do que no da qualidade de serviço, ou da satisfação do consumidor.
5. A não inclusão dos doentes terminais deveu-se a uma questão ética. De todos os doentes seriam os mais interessantes de estudar, pois permitiriam resolver a dúvida científica sobre o comportamento avaliativo da satisfação dos consumidores que acabam por morrer no hospital. Mas isso seria inaceitável em termos da deontologia científica, convertendo-se assim apenas numa curiosidade mórbida.
6. Em todos os casos antes de se convidar os doentes a participar no estudo, procedeu-se a uma análise sumária em conjunto com os profissionais do serviço aonde o doente estava internado, ou no caso do ambulatório, onde recebia assistência, para se avaliar se pela natureza da sua personalidade, ou momento do tratamento, as condições seriam impeditivas da inclusão do doente na amostra.

3.8.4. Envolvimento temporal

Em média o tempo despendido por paciente validado foi de perto de 6h. Houve bastantes diferenças entre as fases. Durante a primeira fase gastou-se 1h 30m em média, na presença do paciente, para um total de 10h de trabalho por entrevista validada. A segunda fase durou 45 minutos numa média de 8h de envolvimento. Na última fase 25m por um total de uma média de envolvimento de 3h.

3.8.5. Outros elementos com reflexos nos procedimentos experimentais

Teve-se presente que uma boa fonte de informação para além da constante na literatura científica poderia ser a decorrente da experiência de terreno. De par com a audição dos doentes, conversou-se amplamente com os médicos e outros profissionais de saúde que lidam diariamente com doentes oncológicos, perguntando-lhes de acordo com a sua opinião o que distinguia o comportamento destes doentes no hospital face à

generalidade dos restantes doentes. Registaram-se essas intuições, as quais foram preciosas para a redacção das hipóteses, e para mais tarde se proceder à leitura interpretativa dos resultados.

Do mesmo modo nas fases I e II, isto é naquelas em que o predomínio de enfoque da pesquisa se situa na relação do doente com a ferramenta de medição, e não com a medição em si, independentemente do plano de trabalho, sempre que algo de interessante relacionado com a matéria em estudo fosse verificado no decorrer das entrevistas, procedeu-se ao seu registo.

A eliminação dos erros de imputação foi garantida por os dados recolhidos foram inseridos duas vezes na base de dados e comparados para a resolução de diferenças.

Houve o cuidado de nos casos em que estava envolvida patologia do foro ginecológico a entrevista fosse realizada por uma mulher. Para esse fim foram treinadas duas jovens psicólogas que estavam a estagiar no serviço de psicologia do Hospital, e que nas suas horas livres prestaram serviços para esta investigação. As colaboradoras envolvidas na recolha de dados participaram nalgumas entrevistas realizadas pelo autor da Tese, entrando progressivamente na entrevista, tendo apenas autonomia de realização quando consideradas preparadas.

3.9. Procedimentos Psicométricos

Foram trabalhadas as principais Validades Psicométricas envolventes ao estudo de forma a conhecer o máximo de propriedades do futuro instrumento. As validades convergente e divergente não são apresentadas por não serem aplicáveis neste contexto.

3.9.1. Validade Ecológica

Os doentes que constituíram todas as amostras são provenientes da região de cobertura do IPO, a qual tem uma territorialidade equivalente à zona Sul do país. Há a consciência de que isso constitui um enviesamento nos dados, mas como a Tese tem

características científico-instrumentais, e não epidemiológicas, o enviesamento não compromete os resultados e suas leituras.

De acordo com a discussão que se teve a este propósito com oncologistas, bem como com literatura médica consultada para analisar esse impacto (ROR 1993, Base Medline), o enviesamento de dados originado pela área de cobertura hospitalar pode ser proveniente de: hábitos alimentares e outros elementos culturais afins, características genéticas das populações, clima, nível de poluição específico da região comparativamente às médias internacionais. Nenhum dos elementos referidos interfere com os objectivos visados nesta pesquisa. Os seus impactos são apenas verificáveis nas taxas de incidência oncológica sobre a população em geral, e na composição relativa de ocorrências das várias patologias oncológicas. Mesmo a nível mundial as zonas muito atípicas são escassas, e até nomeáveis, como Tchernobil, centro do Vietname, ou a região Baical (CIRC, 2007 Net. Ref.). As razões para tal diferenciação são conhecidas e têm razões exógenas às populações.

Na generalidade das regiões, designadamente as Europeias, existe mais diferenciação na composição relativa de ocorrências das patologias do que nas taxas de incidências brutas populacionais (op. cit.). Considera-se por isso que factores externos à oncologia serão os mais afectadores da Validação Ecológica. Seguramente entre eles estarão os elementos culturais envolventes aos Serviços, os quais definem em que medida uma dada população gera expectativas de cumprimento dos Serviços com determinados parâmetros. Porém esses elementos transculturais são de uma forma geral desconhecidos. Apenas nos anos mais recentes se têm realizado estudos de transculturalidade em Marketing de Serviços, e mesmo assim em áreas muito específicas como a idade e valores (Kamakura & Mazzon, 1991; Diamantopoulos et al. 2006).

3.9.2. Validade Teórica

A Validação Teórica é determinada à luz dos quadros teóricos da qualidade de serviços e da satisfação. Assim o grau de Validação Teórica do que aqui se produzir está dependente da aceitação dos princípios mencionados nesses quadros teóricos, os quais se encontram na revisão bibliográfica. A ferramenta de medição a produzir aceita por válidos ambos quadros teóricos, no entanto admite que o princípio do Gap

pode ser de aplicação duvidosa no processo específico, conforme a leitura de Qualidade de Serviço estatuída por Carman et al. (1991) e Cronin e Taylor (1992).

3.9.3. Validade de Constructo

A construção da ferramenta tem a sua Validação de Constructo na primeira fase nos estudos de suporte ao SERVQUAL, e na segunda fase nos valores de fidedignidade do modelo SEM.

Todos os constructos empregues são correntes nas investigações de qualidade de serviço e de satisfação, incidindo nos aspectos de interface entre prestador e cliente.

As ferramentas de medição de fidedignidade são aplicadas de forma repetitiva e por diferentes algoritmos. Os resultados obtidos encontram-se expostos juntamente com os resultados gerais da pesquisa.

3.9.4. Validade da Amostra

Para determinação da validade da dimensão da amostra face aos pressupostos em análise e respectivo suporte ao Modelo futuramente apresentado, recorre-se ao Teste de Hoetler, o qual como é sabido tem características *ante-post-factum* razão porque o suporte da validação da amostra se encontra na apresentação dos resultados, ponto 4.11.5.

3.9.5. Sensibilidade Instrumental

No actual contexto não é determinável, necessitando de vários estudos paralelos. Considera-se que esta impossibilidade dada a fase da pesquisa não é invalidante das leituras que se vierem a fazer, pois que ferramentas tão importantes como o SERVQUAL, ou o ACSI também ainda não têm os seus valores de sensibilidade definitivamente estabelecidos.

3.9.6. Estabilidade Instrumental

Pelas razões aduzidas no ponto anterior aplica-se a mesma limitação

4. Resultados e Discussão prévia das fases de investigação

Apresenta-se para cada uma das fases de investigação em primeiro lugar a caracterização das amostras, depois os resultados e sua discussão. Estes dados são complementados com os elementos constantes nos anexos 6 a 11. No ponto 5. procede-se à discussão sintética da pesquisa, e sua confrontação com as hipóteses colocadas.

4.1. Caracterização da Amostra da Fase I

A primeira fase de investigação teve uma amostra de 58 indivíduos, sendo 40 do sexo feminino e os 18 do sexo masculino. O facto de a maioria dos inquiridos ser mulher é explicável por os serviços do hospital utilizados na recolha de dados empregues serem predominantemente frequentados por mulheres como a Cirurgia I, ou exclusivamente como em Ginecologia.

A origem de residência dos respondentes é predominantemente urbana com 42 sujeitos, face à rural com 16 indivíduos. Na profissão e outras categorias de ocupação nem todas as categorias foram utilizadas. Verifica-se um predomínio dos reformados e domésticas, por a idade média ser elevada, portanto compatível com essa fase da vida produtiva. Os indivíduos estão distribuídos no Quadro 9:

Quadro 9 – Ocupação

Profissão	
Trabalhadores indiferenciados	7
Trabalhadores manuais	1
Trabalhadores qualificados	8
Trabalhadores especializados	4
Quadros técnicos e superiores	4
Estudantes e desempregados jovens	0
Reformados	20
Domésticas e desempregados com + de 30 anos	13
Forças militares e militarizadas	1
Outros	0

Fonte: Elaboração própria.

O perfil de escolaridade concluída pelos membros desta amostra é muito baixo em linha com o todo nacional para as idades consideradas, de que resultou o Quadro 10:

Quadro 10 – Escolaridade

Escolaridade	
S/ instrução	9
Primária (6 anos)	25
Secundária (6 a 12 anos)	17
Universitário (> 12 anos)	7

Fonte: Elaboração própria.

De modo a obter doentes internados e de ambulatório foram utilizados doentes dos seguintes serviços hospitalares, sendo os de dermatologia todos de ambulatório, ver Quadro 11.

Quadro 11 – Serviço de Origem

Serviço	
Dermatologia	18
Cirurgia-I Mama	14
Ginecologia	26

Fonte: Elaboração própria.

Tentou-se ao máximo manter equilíbrio entre os graus de risco dos doentes, como se pode ver no Quadro 12.

Quadro 12 – Grupo de Risco

Grupo de Risco	
Baixo	18
Médio	22
Alto	18

Fonte: Elaboração própria.

Os doentes com protocolo cirúrgico na sua estratégia de tratamento contemplavam duas situações: 19 já tinham realizado a cirurgia e 9 aguardavam a sua realização.

4.2. Resultados Experimentais da Fase I – Identificação do campo semântico

Contactaram-se mais doentes para além dos 58 constantes no grupo amostral desta fase, mas que mais tarde foram anulados: uns por recusa ou desistência, outros por baixa qualificação da resposta, o que neste momento de levantamento de elementos semânticos é crítico.

Os doentes foram entrevistados de acordo com uma entrevista estruturada, fundamentada nos elementos dimensionais do SERVQUAL, e nos aspectos operacionais dos modelos de avaliação de qualidade em serviços, designadamente no TQH. Ambos os elementos constam da revisão de literatura.

Ao início da entrevista foram explicados ao doente os seus direitos, foi-lhe lido o documento de consentimento autorizado, e informado de que a qualquer momento poderia interromper a entrevista sem ter de justificar a sua atitude.

Naqueles que aceitaram participar, a entrevista iniciou-se pela assinatura do documento de consentimento. Depois, dado o formalismo de que a conversa se reveste face aos padrões da grande maioria dos doentes, teve-se cerca de 5 minutos de

conversa social destinada a descontraí-lo. Esse valor não foi rígido ficando ao cuidado do entrevistador a liberdade de começar a entrevista quando sentisse que o doente estava apto a tal.

Uma vez iniciada a entrevista propriamente dita, fez-se a recolha do que os doentes disseram a propósito dos vários aspectos de interface com os serviços do hospital, e do que desejariam que fosse um hospital ideal. Foram eleitos como elementos de interface os do modelo SERVQUAL, e os elementos relacionais a seu tempo explicados a propósito do TQH.

A principal dificuldade surgiu com o conceito de ideal, o qual suscitou muitas dúvidas aos doentes, porque “ideal” é muito subjectivo, senão mesmo para algumas pessoas algo que está fora da realidade. Quase que cada doente apresentou uma ideação de “ideal”, e outra da aplicação desse conceito à realidade hospitalar.

Verificou-se que o conceito “ideal” pressuposto pelo modelo do SERVQUAL é junto dos doentes interpretado como conceito abstracto, teórico por uns, conio um conceito equivalente a “excelente” pela maioria. Pontualmente foi visto como algo que não interessa porque se é ideal, “nunca vamos ter”. De qualquer modo foi possível para todos os participantes descrever um hospital dos seus desejos.

O registo incidiu na tangibilização das oralidades, e foi feito em com base nos conteúdos elicitados independentemente da recorrência com que o fizeram, isto é, se o doente repetisse uma dada ideia que já tinha transmitido não se procedia a novo registo, se dizia um conceito similar a um anterior mas que fosse conceptualmente divergente procedia-se ao registo. A razão de se ter optado por essa via, foi a de que alguns doentes eram muito redundantes nas ideias, e em particular nos idosos que se distraíam do foco da entrevista entrando na narrativa de histórias da sua vida, e quando levados a retornar à entrevista talvez por esquecimento repetiam muito do que antes tinham dito. Depois fez-se a transcrição para uma matriz booleana onde em coluna figuram os doentes e em linha os conceitos que os doentes foram transmitindo.

Para a avaliação semântica constituiu-se um Júri⁸⁵ formado pelo autor da Tese e mais quatro pessoas convidadas, onde se contou um linguista, dois psicólogos, e uma economista. A intenção de formar um Júri com número ímpar de sujeitos destinou-se a evitar empates. Cada categoria dita pelos doentes foi arrumada com as suas similares de acordo com a discussão dos cinco membros do Júri. Em caso de divergência devida a interpretação distinta, procedeu-se à votação. A totalidade das categorias, seus agrupamentos, e registos individualizados dos doentes está no Anexo nº 6.

Os registos foram realizados partindo do doente número 1, seguindo-se os restantes, os quais eram lançados nas colunas de categorias já existentes, ou em caso contrário abrindo novas. As formas categoriais equivalentes foram mais tarde avaliadas pelo Júri, o qual procedeu à uniformização prévia dos conceitos para se evitar as homologias semânticas.

Apuraram-se 117 categorias ou formas delas. Quando a elicitación era similar mas não idêntica considerou-se uma categoria autónoma. No final criaram-se 16 categorias agregadas, após discussão pelo júri dos conteúdos das categorias base. Em caso de dúvida acerca de alguma categoria discutiu-se o caso com quem fez a entrevista para avaliar qual o contexto em que as coisas foram ditas. As categorias agregadas foram obtidas por similaridade semiótica-significante, já que a similaridade semântica estava garantida pela unificação de homologias. Nos Quadros 13 a 28 constam as densidades por ordem decrescente de ocorrências de registos nas categorias.

A mais densa em termos de eventos é a de “simpatia e atenção”. Foi nítida a necessidade dos doentes em para além da componente clínica evidenciarem a necessidade de terem um forte elemento de relação afectiva, sendo este expresso de diferentes formas.

⁸⁵ A referência a “Juri” é no sentido de uma avaliação qualitativa pelo “Método de Juri”.

Quadro 13 – Categoria Simpatia e atenção

Composição da categoria	Freq.
Atenção	47
Simpatia	38
Carinho	22
Empatia	7
Boa disposição (humor, alegria) de todos os funcionários	5
Compreensão	5
Amizade	4
Temura	4
Atenção e simpatia dos médicos	2
Simpatia do pessoal de enfermagem	2
Amor	2
Delicadeza	2
Simpatia dos funcionários administrativos	1
Empatia entre o médico e o doente	1
Boa relação com o médico	1
Amabilidade	1
Doçura	1
Estima	1
Total de simpatia e atenção	146

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode verificar os elementos de relação afectiva exprimem-se através de diferentes formatos emocionais indo da relação mais ligeira como a “empatia” ou “atenção”, até outros mais profundos como “amor” ou “doçura”.

Nalguns casos, cerca de 10% dos registos, houve um alvo específico para o interface que deve manifestar o afecto: Médicos, enfermeiras, e outros funcionários.

Importa aqui reter o que foi dito na revisão de literatura sobre as teorias que explicam a satisfação e a percepção da qualidade de serviço como sendo de base emocional. Sozinha, a necessidade de expressão de afecto do prestador dos cuidados de saúde soma um terço de todos os registos.

Três entidades etimológicas abarcam dois terços das ocorrências: Atenção, Simpatia, e Carinho. A primeira é tão-somente a essência da expressão emocional: a necessidade de em situação menorizante sentir ser-se o locus de causalidade; a segunda indica que perante esse locus, se interaja de modo a facilitar o processo comunicacional, e na terceira que essa expressão evidencie o papel protector-afectivo.

Em síntese, com graus diferenciados de exposição das emoções, os doentes pretendem que seja evidente na forma de relação, uma expressão de afectos de índole protectora, na qual se sintam um *locus* de afecto. Numa linguagem psicodinâmica dir-se-ia que há uma regressão comportamental ao estado infantil de necessidade de protecção, onde o profissional de saúde assume o papel parental.

Se houvesse a possibilidade de gravar as entrevistas, e analisar não a existência da categoria no sujeito, mas a repetição da categoria, verificar-se-ia por certo um enorme grau de redundância categorial em cada sujeito. Por intuição e fundamentando apenas nas entrevistas realizadas, larga porção do tempo de discurso dos doentes foi empregue em tecer considerandos e relembrar histórias onde essa relação de afecto esteve presente (e noutros casos ausente para seu lamento).

Não se procedeu a essa análise porque esta não é uma Tese sobre psicologia clínica, nem por razões procedimentais se podia registar em suporte vídeo ou áudio as entrevistas. Verificou-se apenas se os conceitos surgiam ou não, se bem que especulando um pouco, se entrevê o impacte relativo da categoria, como o ponderador atitudinal (neste caso de base emotiva) do modelo de Ajzen-Fishbein, aqui ocorrido de forma natural.

A segunda categoria com mais registos foi a da necessidade de sentir a existência de profissionalismo por parte dos funcionários do hospital. Ver Quadro 14.

Esta categoria é a antítese cognitiva da anterior. Exprime a racionalidade da avaliação pelo estado objectivo em que o doente se encontra. Incide nos aspectos de eficiência e eficácia da produção hospitalar, bem como nos aspectos éticos do comportamento clínico.

A focalização é bem superior à da categoria anterior. Os médicos são referidos em 43% dos registos da categoria agregada, assumindo o papel objectivo de decisores e referenciais privilegiados, enquanto a especificação de outras profissões é larvar.

Quadro 14 - Profissionalismo dos funcionários do IPO

Composição da categoria	Freq.
Profissionalismo e eficiência	13
Profissionalismo e eficiência dos procedimentos médicos	10
Profissionalismo e eficiência dos médicos	10
Preocupação com o doente	9
Respeito e consideração pelos doentes	8
Educação	6
Atendimento dos médicos	4
Dedicação	2
Capacidade científica dos médicos	2
Não favorecimento de doentes	1
Cuidado de não infligir sofrimento aos doentes nos procedimentos de enfermagem	1
Prestabilidade	1
Continuidade do acompanhamento com o mesmo médico	1
Possibilidade de escolha do médico	1
Assistência dos médicos no internamento	1
Total profissionalismo	70

Fonte: Elaboração própria.

As restantes menções são genéricas, situando o *output* e o *outcome* hospitalar como um feixe de contributos profissionais. Contudo é muito relevante o facto de que sendo a importância da prestação profissional objectiva para a concretização do tratamento do doente, e portanto uma necessidade endógena ao próprio processo do internamento, não chegar a contabilizar metade dos registos da categoria anterior. Idêntico padrão foi seguido nos tempos atribuídos pelos doentes ao discurso sobre esta matéria. Pelas razões antes aduzidas também não se registou aqui os tempos de reflexão sobre a categoria. Mas intuitivamente estima-se que não foram mais de um décimo do tempo atribuído à necessidade de haver uma relação afectiva.

Como já se havia visto na revisão de literatura, a importância do controlo da informação (e tomada de decisão) pelo paciente tem adquirido importância crescente. Não é assim casuístico que essa categoria apareça em terceiro lugar na ordenação de ocorrência de eventos. No Quadro 15 está a discriminação das categorias semânticas.

Quadro 15– Controlo da informação pelo paciente

Composição da categoria	Freq.
Explicação dos tratamentos	14
Explicação da doença	13
Explicação do prognóstico	8
Honestidade com o doente	6
Clareza na informação	5
Explicação dos resultados dos tratamentos	2
Cirurgião conversar com o doente sobre os resultados da cirurgia	1
Explicação das dificuldades que ocorrem	1
O médico colocar o controlo sobre as decisões terapêuticas no doente	1
Explicação das coisas que o doente não percebe	1
Forma clara e empática de comunicar o diagnóstico	1
Total informação/controlo por parte do doente	53

Fonte: Elaboração própria.

Os aspectos de explicação do processo clínico ao doente (leigo na matéria) acumulam mais de 80% dos registos, o que se interpreta como um passo prévio na tomada de decisão. Relembre-se que larga porção da amostra é iletrada ou pouco mais do que isso, necessitando antes de mais de compreender o que lhe está suceder.

Poderá invocar-se numa leitura mais psicológisante que não estará tanto em causa a tomada de decisão do processo clínico pelo paciente, ou de modo conjunto com o clínico, mas tão-somente a redução da ansiedade provocada pela situação em si, pois como é sabido, por vezes mais ansiogénico do que o perigo em si, é a dúvida da sua existência.

Viu-se na revisão de literatura que o facto de um doente estar informado pode objectivamente melhor reelaborar o seu processo mental de enfrentamento da doença e da sua própria vida. Independentemente das razões invocáveis para explicar a situação, sejam as actualmente conhecidas ou as muitas mais que porventura existirão dado o pouco tempo de investigação sobre a matéria, verifica-se que o doente necessita que lhe seja explicado o seu caso clínico, para que ele leigo no assunto, possa à sua medida ter um entendimento apropriado.

Quanto ao aspecto de, ao invés de aparecer um enfoque na tomada de decisão, verificar-se o enfoque na explicação, entende-se isso meramente como uma consequência lógica de se estar a trabalhar com uma população envelhecida e predominantemente inculta. Não se adianta mais reflexão sobre a matéria, pois para além dos elementos decorrentes da estrutura endógena da categoria como se viu na revisão de literatura, não há fundamentação empírica para a impactação da idade avançada nem da iliteracia.

A próxima categoria, Confiança, é uma das que directamente o Modelo do SERVQUAL aguarda como implícita ao processo de avaliação da prestação de serviços (ver Quadro 16). O aspecto mais saliente é o de apenas vir em quarto lugar na estrutura hierárquica de eliciações, a larga distância das três primeiras categorias. Não há um foco específico da confiança, tanto que a indicação genérica abarca 50% dos registos, distribuindo-se os restantes pelos actores ou passos do processo clínico.

Quadro 16 - Confiança

Composição da categoria	Freq.
Confiança	17
Confiança nos cuidados prestados	6
Honestidade dos profissionais com o doente	6
Confiança no hospital	4
Confiança nos médicos	4
Confiança no tratamento	1
Total Confiança	37

Fonte: Elaboração própria.

Quase com idêntica expressão aparece a Gestão dos tempos de espera, (vide Quadro 17) o qual é um elemento específico do conforto não físico do doente.

Quadro 17 – Gestão dos tempos de espera

Composição da categoria	Freq.
Tempo de espera geral	22
Tempo de espera antes da consulta	6
Tempo de espera entre a consulta e a resolução do problema	4
Tempo de espera para fazer exames	1
Total Gestão dos tempos de Espera	33

Fonte: Elaboração própria.

Também aqui não há uma especificação clara da existência de um ponto fulcral no qual os tempos de espera sejam mais importantes. Os doentes apenas querem que haja pouco tempo de espera para o que quer que seja.

A sexta categoria mais elicitada é muito próxima em termos práticos da primeira, mas difere desta em termos conceptuais. Ver Quadro 18. O constructo de simpatia é um estado relacional concreto dual e monodireccional. Quando se fala de relacionamento e personalização durante a prestação dos cuidados de saúde, referencia-se um estado afectivo aplicado ao caso concreto de um determinado sujeito humano, complementado de uma focalização conativa da acção.

Quadro 18 – Relacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde

Composição da categoria	Freq.
Atendimento personalizado	17
Não culpabilização do doente pelos erros ou dados confusos de outros médicos	2
Assistência do cirurgião no internamento	1
Personalização da cirurgia em virtude do estado inconsciente do doente (música, verbalizações, carinho)	1
Funcionários receberem formação e treino em competências de relacionamento interpessoal	1
Conhecer a equipa que vai tratar o doente	1
Cuidados personalizados	1
Humildade dos profissionais	1
Não autoritarismo do médico	1
Total Relação durante a prestação dos cuidados de saúde	26

Fonte: Elaboração própria.

São dois aspectos distintos mas interligados. Esta categoria indicia a necessidade de que a simpatia e atenção amplamente registadas devem ser tangibilizadas no Sujeito Humano concreto que está a receber os cuidados clínicos. Por si só, a referência directa regista mais de três quartos dos eventos da categoria. Os restantes podem ser na sua maioria contextualizados a histórias concretas que os doentes referiram, nas quais terão saído emocionalmente magoados por (na leitura deles) os médicos em particular, os terem menosprezado devido à grande assimetria estatutária/cultural. Não se sabe sequer se isso corresponde à realidade, ou tão só exprime uma posição apriorística de alguém inferiorizado em toda a latitude da relação. Mesmo que isso assim seja, esta categoria alerta para a necessidade de avaliar se os doentes estão a reconhecer essa aproximação do prestador dos cuidados de saúde.

A primeira referência aos Tangíveis do modelo SERVQUAL aparece apenas agora. Verdade se diga que para além das instalações, o *Catering* é elemento mais objectivo de avaliação. Ver Quadro 19. Mais uma vez, e sem com isso se ser preconceituoso, recorda-se que a larga maioria dos membros da amostra provém de camadas muito específicas da população, designadamente na variável idade, e que associado a ela há todo um conjunto de fenómenos históricos e sociológicos, como sejam a subalimentação vigente em Portugal até à década de 60 do século passado, por onde muitos dos doentes com maior ou menor intensidade passaram, a baixa escolaridade, ou a baixa diferenciação geral.

A alimentação representa para o povo Português mais do que a simples satisfação do organismo em nutrientes (Saramago, 1997). Há toda uma matriz greco-romana onde a comensalidade é em si própria um elemento de partilha social, de expressão da qualidade de vida de que em cada momento se desfruta, e reflexão das características do momento (Montanari, 1998). Esta importância relativa vem demonstrar que a alimentação é um meio de mediar a percepção de qualidade do serviço de prestação de cuidados clínicos.

Mesmo fora da realidade nacional encontra-se amiúde elementos relativos à alimentação como sendo um dos aspectos mais importantes na relação com os doentes, como por exemplo consta na revisão de literatura com Hwang et al. (2003)

na expressão dessa categoria e a sua medição com o SERVQUAL. Já outros autores como Johns e Howard (1998), Maryon-Davies e Bristow (1999), haviam chamado a atenção para a necessidade de se melhorar a qualidade do *catering* hospitalar como meio de incremento dos Índices de Satisfação dos doentes, e inclusive de melhorar o próprio *outcome* dos serviços, pois os doentes que se sentem deslocados no serviço hospitalar tendem a alimentar-se pior, e em consequência disso prejudicam a recuperação clínica.

Quadro 19 - Catering

Composição da categoria	Freq.
Qualidade da comida no internamento	10
O "lanche" que as voluntárias oferecem aos doentes	9
Firmas exteriores a fornecer a comida no internamento	1
Possibilidade de escolha da comida no internamento	1
Qualidade da comida dada às visitas dos doentes	1
Temperatura e apresentação da comida no internamento	1
Almoço às 12h30, para o doente almoçar descansado antes da chegada das visitas	1
Total Catering	24

Fonte: Elaboração própria.

Uma dimensão que desde cedo se impôs como novidade da maior importância foi a da necessidade do doente dispor de apoio psicológico de par com o tratamento físico.

O interesse por esta dimensão tem diversos fundamentos: Está em linha com a experiência prática que os clínicos transmitiram no decorrer da pesquisa, é uma dimensão inovadora no domínio do estudo da qualidade de serviço, pois não se encontrou essa referência na literatura do campo de pesquisa, e parece ser específica da tipologia de serviços aqui versada, portanto com características de especialização, elemento primordial da Tese.

Considerou-se apoio psicológico diferentes formatos de suporte externo do sujeito. Por isso figuram a par o apoio técnico do psicólogo, e o apoio religioso (vide Quadro 20). É entendimento de que o sentimento de necessidade de apoio é comum a ambos os casos, sendo da escolha do sujeito a procura do formato que melhor entende ser-lhe

útil. Não se está a advogar que o trabalho de terapia psicológica é intermutável com a prestação de serviços religiosos. Afirma-se apenas que na posição do doente (cliente) este se sente melhor servido se dispuser de apoio psicológico, e que na ausência de orientação profissional, a sua tomada de decisão se encaminha por diferentes opções sendo uns mais orientados para um apoio técnico, e outros para apoio espiritual, ou ainda o desfrute da presença de pessoas de família.

Quadro 20 – Apoio psicológico

Composição da categoria	Freq.
Acompanhamento psicológico	6
Acompanhamento nas deslocações no hospital	4
Acompanhamento por assistente social	3
O serviço de guias das voluntárias	3
Conversar com o doente	3
Encorajamento ("dar força!")	2
Existência de uma igreja com missas	1
Freiras para conversar	1
Condições para ficar um acompanhante com o doente no internamento	1
Total Acompanhamento psicológico	24

Fonte: Elaboração própria.

Os elementos de gestão geral do Hospital não são directamente atribuíveis a nenhuma das classes do SERVQUAL, mas no contexto específico em que o estudo decorre é enquadrável, pelo menos parcialmente, em duas delas: tangíveis e "responsiveness" aqui traduzido por capacidade de resposta rápida.

É difícil o enquadramento da categoria agregada no modelo, na medida em que na realidade hospitalar, a prestação atempada dos cuidados é indissociável da definição do serviço. A articulação organizacional dos serviços hospitalares é condição *sine qua non* do *output* produtivo, indo interferir positiva ou negativamente de modo transversal em todas as restantes categorias. Ver Quadro 21.

A análise focaliza-se por isso na perspectiva do doente: se a gestão geral do hospital não funcionar de modo adequado, ele receberá um mau alojamento de par com as

restantes condições hoteleiras, e os tempos de espera para a prestação dos cuidados de saúde tendem a alongar-se, etc.

Quadro 21 - Gestão geral do Hospital

Composição da categoria	Freq.
Organização do serviço	8
Orgânica da recepção dos doentes	3
Horário de visita mais extenso nos internamentos	2
Articulação entre os serviços	2
Flexibilidade nos horários de visita do internamento	1
Aviso telefónico para marcação das consultas muito espaçadas no tempo	1
Condições para internamento imediato	1
Precisão na informação relativa ao <i>timing</i> das consultas	1
Total Operacionalidade/gestão dos serviços	19

Fonte: Elaboração própria.

Já no caso seguinte, as instalações, recaem objectivamente na classe dos Tangíveis do SERVQUAL (ver Quadro 22). Surpreendentemente obteve muito pouca expressão no cômputo geral de registos (cerca de 5%), quando haveria muito a dizer mesmo sendo-se leigo na matéria: aspectos hoteleiros do hospital, das instalações, dos espaços circunvizinhos aos edifícios, etc. Por comparação a importância atribuída a esta categoria, nos estudos que recorrem ao SERVQUAL mas aplicados a outros sectores de actividade económica relatados na revisão de literatura, é uma verdadeira surpresa a pouquíssima importância relativa da categoria, quando *a priori* seria (por ausência de domínio dos conteúdos) algo a que os doentes se poderiam “agarrar” na estruturação das suas apreciações do que deve ser uma boa prestação da qualidade de serviços.

A estrutura da categoria agregada é dominada pelos vários aspectos da higiene e da funcionalidade dos edifícios (45% para cada uma).

Quadro 22 – Instalações do Hospital

Composição da categoria	Freq.
Higiene do hospital	6
Interiores do edifício	5
Segurança	2
Condições das consultas nos pavilhões externos	2
Casas de banho acessíveis	1
Condições das casas de banho	1
Higiene das casas de banho	1
Jardim	1
Lar	1
Qualidade do ar ambiente - cheiros e fumos	1
Total Instalações	21

Fonte: Elaboração própria.

A capacidade técnica do hospital surge com muito pouca projecção para o que seria legítimo esperar num funcionamento “normal” do SERVQUAL. Essa capacidade é em termos objectivos a chave para boa parte do problema do que causou a ida do doente para o hospital. Recordar-se que o IPO é um hospital altamente diferenciado, e pela sua especialidade médica recorre de forma sistemática à alta tecnologia para a aplicação dos protocolos clínicos. Ver Quadro 23.

Mesmo que a capacidade técnica tivesse sido entendida mais numa perspectiva de recursos humanos, o que parece ser o caso com 8 registos em 11, estimar-se-ia também obter um significativo destaque fruto da especialização das práticas clínicas, o que de todo não sucedeu.

Quadro 23 – Capacidade técnica do Hospital

Composição da categoria	Freq.
Qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente	5
Meios de diagnóstico existentes	2
Atendimento dos outros funcionários	2
Presença de uma dietista no internamento	1
Assistência dos enfermeiros no internamento	1
Total Capacidade técnica	11

Fonte: Elaboração própria.

O conforto (perspectiva hoteleira) teve também muito pouca notoriedade com apenas 2% dos registos (vide Quadro 24). Do mesmo modo que a situação anterior seria expectável muito maior projecção da categoria.

Quadro 24 - Conforto

Composição da categoria	Freq.
Conforto	4
Privacidade na enfermaria	2
Televisão na sala de espera	2
Conforto das cadeiras da sala de espera	1
Total Conforto	9

Fonte: Elaboração própria.

A categoria seguinte, relacionamento na enfermaria, teve 2% dos registos. Pode-se incluí-la enquanto subcategoria numa das principais, na medida em que tem um fundo relacional-emotivo. Foi contudo entendimento do Júri que apesar das proximidades conceptuais, o relacionamento do doente na enfermaria é algo específico, que pelo +menos nesta fase deveria ser tratado de modo autónomo, (ver Quadro 25).

Quadro 25 – Relacionamento na enfermaria

Composição da categoria	Freq.
Entretenimento para os doentes acamados	2
Atenção e cuidados na enfermaria	2
Ambiente familiar na enfermaria	1
Boa relação entre os doentes	1
Boa relação entre os membros do pessoal hospitalar	1
Descanso e sossego no recobro	1
Vigilância nocturna reforçada nas enfermarias	1
Humildade dos profissionais nos tratamentos	1
Total relação na enfermaria	10

Fonte: Elaboração própria.

Ainda que a classe seguinte, Imagem Estigmatizada do Hospital, apenas incluía 2% das referências é uma das mais interessantes, porque as menções são muito claras e unívocas (ver Quadro 26). Enquanto os registos como se disse, são 2% do total, como

há univocidade elicítativa estão representados na categoria cerca de um em cada 5 doentes.

Em idêntico sentido, na conversa com os clínicos destacados para acompanhar a pesquisa, foi por eles dito que para muitos dos doentes era extremamente penoso ter de lidar com o facto de estarem a ser tratados (ainda mais na fase de diagnóstico em que se pesquisa se existe ou não o cancro) num hospital directamente associado com o cancro.

Há portanto aqui uma estigmatização da imagem do hospital decorrente da sua especialização, a qual está tangibilizada em cada elemento identitário, inclusive no nome do hospital. Como o cancro é uma doença potencialmente letal, será por isso entendido pelos doentes como algo quase condenatório.

Quadro 26 – Imagem estigmatizada do hospital

Composição da categoria	Freq.
Imagem do hospital e o estigma da doença	9
Total imagem estigmatizada do hospital	9

Fonte: Elaboração própria.

A Comunicação teve um valor residual, (ver no Quadro 27), mas pelo menos nesta fase decidiu-se mantê-la por ser muito una nos conceitos e representar uma área específica da gestão hospitalar.

Quadro 27 – Comunicação do Hospital

Composição da categoria	Freq.
Gestão da comunicação afixada ou disponível no Instituto	2
Explicação do adlamento da data de internamento	1
Plantas informativas na enfermaria	1
Informação e prevenção - Reeducação das pessoas	1
Total de comunicação	5

Fonte: Elaboração própria.

Em último lugar ficou a “Exposição dos doentes ao sofrimento alheio” (ver Quadro 28). Esta categoria foi muito difícil de classificar porque não pode ser incluída na classe relativa às enfermarias, e por poder ocorrer com os doentes de ambulatório. Quando foi discutida com os clínicos, eles mencionaram ser muito frequente os doentes se queixarem desta situação, em particular naqueles que recorrem ao hospital em regime ambulatório, e que tendo de se deslocar nos corredores e serviços, convivem com situações de mutilação, de sofrimento extremo de outros doentes, os quais podem representar aquilo que os aguarda. Em suma, pareceu algo de muito importante e que pelo menos para já deve ser visto como entidade própria.

Quadro 28 – Exposição dos doentes ao sofrimento alheio

Composição da categoria	Freq.
Exposição à deformação física e sofrimento de outros doentes	5
Total	5

Fonte: Elaboração própria.

4.3. Discussão da Fase I

Não se pretende estabelecer comparações directas entre um modelo de inquirição com respostas fechadas, e posterior leitura através do quadro da teoria de *Gap Analysis*, como é o SERVQUAL com um registo matricial de livres elicitaciones. No entanto no ponto de apresentação dos resultados desta Fase ficou a ideia de uma configuração distinta de uma estrutura tradicional de dados SERVQUAL.

Não se pode extrapolar resultados de 58 pessoas, para mais oriundas maioritariamente de camadas muito específicas da população, para aquilo que tem sido um modelo repetidamente testado e vastíssimos grupos humanos. Porém, constitui matéria de reflexão a estruturação dos pensamentos verbalizados, sobre o que deve ser um hospital ideal/excelente e a infra-estrutura dimensional do SERVQUAL.

Num primeiro momento testou-se o grau de associação entre as várias categorias, e o tipo de feixes gerados por elas. Utilizou-se a análise factorial, com extração de componentes principais, e rotação Varimax da matriz.

Nenhuma das categorias ficou sacrificada na análise, sendo que a mais baixa das comunalidades se quedou por 0,534 havendo várias acima dos 0,700⁸⁶ como se pode ver no Quadro 29.

A análise factorial obteve seis factores após outras tantas iterações. Foi utilizada a normalização Kaiser, embora para a determinação de dimensionalidade tenham sido empregues também o “método do cotovelo”, e cálculo através do método Monte Carlo, ambos com resultados muito mais empobrecidos do que pelo uso de eigenvalues de valor superior à unidade.

⁸⁶ Para maior detalhe das análises estatísticas da primeira fase consultar o Anexo nº8

Quadro 29 – Síntese das Comunalidades

Communalities		
	Initial	Extraction
V1 Simpatia e atenção	1,000	,700
V2 profissionalismo	1,000	,712
V3 Controlo por parte do doente	1,000	,777
V4 Confiança	1,000	,672
V5 Gestão dos tempos de espera	1,000	,732
V6 Relação durante a prestação de cuidados	1,000	,664
V7 Catering	1,000	,783
V8 Acompanhamento psicologico	1,000	,649
V9 Gestão dos serviços	1,000	,603
V10 Instalações	1,000	,710
V11 Capacidade tecnica	1,000	,669
V12 Conforto	1,000	,538
V13 Relação na enfermaria	1,000	,534
V14 Imagem do hospital	1,000	,762
V15 exposição ao sofrimento dos outros	1,000	,797
V16 Comunicação	1,000	,570

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

De seguida para aprofundar a clarificação dos dados optou-se pela rotação Varimax da matriz, por os dados não serem auto-correlacionados.

Ensaiou-se igualmente a análise factorial através da sua variante booleana (resposta/não resposta do doente) mas os resultados foram muito similares, e como as possibilidades de leitura e extrapolação da factorial booleana são menos poderosas do que a clássica, optou-se por esta última.

Após a extracção remanesceu 67,97% da variância, distribuída por seis factores com a seguinte repartição: F1 16,76%; F2 15,01%; F3 11,57%; F4 9,42%; F5 8,17%; F6 7,04%. As saturações nos factores após a rotação foram as seguintes (ver Quadro 30):

Quadro 30 – Saturação dos factores

Categoria	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Simpatia				0,554		
Profissionalismo			0,567			
Controle info.	0,641					
Confiança			0,499		0,464	
Tempos esp.				0,817		
Rel. cuidados			0,796			
Catering					0,877	
Acomp Psi.		0,665				
Gestão serv.				0,692		
Instalações						0,821
Cap. Tecn.		0,751				
Conforto						0,446
Rel. enferm.		0,728				
Imagem Hosp.	0,792					
Exp. ao sofr.	0,879					
Comunicação	0,684					

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A agregação das categorias nos factores mostrou no primeiro, e por definição o mais importante da estrutura explicativa, a gestão da informação recebida no ambiente hospitalar (comunicação informativa, controlo da informação acerca do que se passa consigo em termos clínicos, a gestão pessoal da imagem do hospital, e o não ter de estar exposto ao sofrimento e mutilação de outros doentes). O segundo factor parece incidir na sensação de segurança clínica e humana na instituição (*reconhecimento da capacidade técnica do hospital, o relacionamento proporcionado na enfermaria, e a disponibilidade de acompanhamento psicológico*) de alguma forma em linha com o conceito “*assurance*” do SERVQUAL. O terceiro factor engloba a relação durante a prestação dos serviços clínicos e a percepção de profissionalismo, este factor é próximo do *responsiveness*. Em quarto lugar aparece um feixe de quatro categorias, formado pela simpatia e atenção dispensada durante a relação com o doente, a gestão dos tempos de espera de forma adequada, isto é minimizados, e uma correcta gestão dos serviços. A certa distância destas três categorias e abaixo da fasquia de 0,5 na saturação do *factor loading* surge a confiança nos serviços e pessoal. A interpretação é a de que este factor exprime o serviço a clientes, agregando a empatia prevista no modelo SERVQUAL e parte do *responsiveness* na sua vertente de gestão de tempos.

O quinto factor é o único mono categorial, exprimindo a importância do *catering*. Por último aparecem os tangíveis (instalação e conforto).

Uma outra análise a que se procedeu foi a da intensidade da avaliação de livres elicitações por categoria. Para isso utilizou-se o FEI⁸⁷. Este indicador dá a importância relativa da classe e da sua diversidade interna, para os sujeitos no conjunto de todas as suas elicitações. Na realidade utilizou-se o indicador na sua forma canónica (CFEI⁸⁸) pois não se registou o número bruto de livres elicitações, mas sim a ocorrência de registos de variantes não homologas de uma dada categoria durante a entrevista. Portanto avaliou-se a existência da dimensão nas suas várias vertentes na entrevista, e não a expressão da dimensão. O FEI (ou CFEI dado o método) foi o seguinte:

Quadro 31 – Valores de CFEI por categoria

Categoria	CFEI
Simpatia e atenção	251,7
Profissionalismo	120,7
Informação/controlo por parte do doente	91,4
Confiança	63,8
Gestão dos tempos de espera	56,9
Relação durante a prestação dos cuidados de saúde	44,8
<i>Catering</i>	41,4
Acompanhamento psicológico	41,4
Operacionalidade/gestão dos serviços	32,8
Instalações	32,8
Capacidade técnica	19,0
Conforto	15,5
Relação na enfermaria	17,2
Imagem estigmatizada do hospital	15,5
Exposição ao sofrimento dos outros doentes	8,6
Comunicação	8,6

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A restrição de leitura decorre da própria natureza da fase em que se pretendia analisar o campo semântico, e identificar a existência das dimensões de raciocínio, nunca o desenvolvimento das análises próprias de fases futuras pelo método qualitativo.

⁸⁷ *Free Elicitation Index: N° de livres elicitações na categoria/N° sujeitos da amostra*100*

⁸⁸ *Canonical Free Elicitation Index*

Os aspectos emocionais/relacionais são largamente dominantes na ordenação das categorias, porém se for adicionada a expressão das categorias emocionais e das racionais obtemos um valor muito aproximado: 444,2 para as racionais e 418,9 para as emocionais. A razão para o reequilíbrio é o de que para exprimir as primeiras foram empregues 11 categorias conceptualmente independentes, e para as segundas apenas 5 categorias agregadas, se bem que mais diversas no seu interior.

A própria estruturação interna das categorias é em si valor de apreciação, pois remete para a dicotomia heurística que acompanha a Cultura Ocidental desde os primórdios de influência greco-romana, onde o texto literário poético tem mais variedades discursivas do que o texto técnico-científico. Isto é, não ficou claro se se está perante uma dominância das categorias emocionais sobre as racionais, ou tão só perante o resultado cultural do maior número de graus de liberdade endógeno aos estilos discursivos. Um estudo transcultural com culturas profundamente diferentes da portuguesa permitirá aclarar com maior rigor este aspecto.

Após cerca de 100 horas de audição dos doentes, em média cada um emitiu aproximadamente 4 categorias emocionais e outras 4 racionais por hora-equivalente de entrevista, o que em si (com a restrição cultural antes apontada) é resposta parcelar à discussão de se saber se as percepções de qualidade de serviço têm uma natureza racional ou emocional. Neste caso de hospital oncológico, avaliado em Portugal teve ambas as naturezas de modo muito equilibrado.

Verificou-se de seguida se alguma das variáveis naturais ou independentes tem impactação específica nas categorias agregadas. Utilizou-se por razões de métrica dos dados a análise *cross-tabs*, com extracção do chi-quadrado e das medidas de associação standard do SPSS V14 para dados discretos (ver Quadro 32).

A variável que revelou mais discriminação foi o serviço de internamento, com registo estatístico digno de nota em 6 das 16 categorias agregadas: simpatia e atenção, confiança, *catering*, acompanhamento psicológico, exposição ao sofrimento dos outros doentes, comunicação no hospital. Seguiu-se a variável grupo de risco, a qual está intimamente relacionada com a variável anterior, mas contém especificidades

próprias, registou impacto em cinco categorias: simpatia, comunicação e exposição ao sofrimento tal como na VI anterior, mas depois diferiu desta com o destaque da gestão dos tempos de espera e relação durante a prestação dos cuidados de saúde. Também a variável natural sexo obteve cinco impactações: necessidade da informação ao paciente, necessidade de acompanhamento psicológico, qualidade das instalações, relação na enfermaria, e imagem estigmatizada do hospital. As restantes variáveis tiveram impacte diferenciador nulo (idade) ou baixo (restantes).

Em termos das categorias a que registou maior diferenciação foi a que avalia a estigmatização da imagem do hospital.

Quadro 32 – Diferenciação da VI's sobre as VD's

Variável	Sexo	Idade	Profissão	Residência	Escolaridade	Serviço	Grupo
V1						X	X
V2							
V3	X						
V4							
V5						X	
V6							X
V7							X
V8	X					X	
V9						X	
V10	X						
V11							
V12				X			
V13	X						
V14	X		X	X	X		
V15						X	X
V16						X	X

Fonte: Produzido pelo autor.

Agora com maior detalhe os aspectos mais relevantes: A variável sexo manifestou-se através de uma maior presença das mulheres na categoria “controlo informativo por parte do doente” onde elas (com excepção de um único homem) apresentaram maior necessidade em serem informadas do que os homens ($\chi^2=11,08$, $DF=5$, $Sig= 0,050$). O mesmo se passa com a necessidade de acompanhamento psicológico, ($\chi^2=9,64$, $DF=3$;

Sig= 0,022)⁸⁹ onde as mulheres exprimem muito maior necessidade. Recorda-se a este propósito que nos elementos de foro emocional, há uma diferença entre o que é declarado e o que é sentido. Por exemplo falta apurar se os homens por exprimirem menos as necessidades de afecto, sentem efectivamente menos do que as mulheres, ou pelo contrário, apenas estão a ser “politicamente correctos”, cumprindo o que deles se espera, ou aquilo que eles entendem que se espera. Mas isso apesar de muito interessante para a compreensão da razão de existência das categorias subjacentes à estrutura de percepção de qualidade de serviço, já será matéria para uma investigação de foro mais psicológico, pelo que não se aprofundará mais do que aqui consta. A categoria “instalações” é muito menos explícita. Nesta variável os valores ficaram-se por ($\chi^2=6,78$; DF=3, Sig= 0,079) com um ligeiro domínio mais uma vez para as mulheres. Com maior clareza encontra-se a categoria relação na enfermaria, onde as mulheres solicitam muito maior cuidado nesta vertente. ($\chi^2=7,17$; DF=2, Sig= 0,028). Situação inversa, homens em predomínio de solicitação, está o controlo da imagem do hospital. Registaram-se situações em que os homens entrevistados ficaram largos minutos reflectindo sobre este facto, queixando-se de como era para eles penoso terem de referir a terceiros que estavam a ser tratados (e deslocar-se a) num hospital oncológico. De um modo geral a referência directa do nome do hospital funcionou um pouco como um excesso de exposição pública, à qual queriam fugir. Em contrapartida mesmo as mulheres que referiam esta categoria pareceram fazê-lo com maior leveza ou menor custo.

O serviço de internamento conforme se verifica no Quadro 32, é a variável independente mais reactiva às categorias agregadas. Manifestou impacto nas variáveis simpatia e atenção, ($\chi^2=24,71$; DF=12, Sig= 0,016) onde os doentes de dermatologia foram menos sensíveis a essa categoria do que os doentes das especialidades de internamento. Não sendo de descurar tal vertente até porque ela esteve presente, parece que essa opção tem um fundamento lógico: mesmo que os profissionais não dispensem a tal simpatia e atenção de que outros doentes parecem reclamar, a especialidade clínica de dermatologia oncológica é no essencial uma especialidade de ambulatório, enquanto as outras duas que contribuíram com doentes para a amostra

⁸⁹ Para maior detalhe dos valores em análise consultar o anexo n.º 8

são no essencial de internamento, portanto locais onde o doente não tem a atenção de forma supletiva de outras origens como a família e amigos com a mesma presença.

Talvez também contribua para o resultado de a mortalidade associada a cada patologia diferir substancialmente (enquanto um basalioma espino-celular, patologia dominante na dermatologia oncológica tem uma probabilidade de morte a cinco anos de 1% as restantes patologias dos doentes da amostra são muito mais altas, o que fragiliza por certo mais os doentes; confiança, ($\chi^2=14,68$; DF=8, Sig= 0,066), a livre elicitação da categoria seguiu o padrão anterior. No *catering*, ($\chi^2=16,68$; DF=4, Sig=0,002) o padrão obtido nesta categoria é das mais difíceis de explicar, de modo que na ausência de elementos que permitam com fundamento na literatura ou nos dados obtidos até ao momento, relegar para análise posterior com dados mais abrangentes e com metodologias menos qualitativas. Por enquanto regista-se que as doentes do serviço de ginecologia manifestaram uma apetência pela categoria do *catering* maior do que os doentes de ambulatório ou do outro serviço de internamento. Vários factores poderão estar por detrás do padrão, e serem verídicos apenas num dado micro-contexto histórico e de actores sociais, pois o serviço de *catering* é geral para todo o hospital: acompanhamento psicológico, ($\chi^2=10,81$; DF=5, Sig= 0,095) ainda que o valor alcançado para a diferenciação entre grupos seja relativamente baixa (todos os grupos recorreram a ela) é bem mais intensa no serviço de ginecologia do que nos outros dois, sendo depois muito mais expressiva no serviço de cirurgia do que no ambulatório. Se for tomado em consideração o grau de gravidade de algumas das patologias, e principalmente o contexto social que circunda as patologias que colocam em jogo o próprio conceito de feminilidade pode-se entender que para um mesmo grau de risco existam situações que fragilizem mais o sujeito. Especula-se ainda com o facto de que as patologias do foro ginecológico possam pela expressão hormonal que de muitas vezes envolvem, algum grau acrescido de necessidade de apoio emocional; a imagem estigmatizada do hospital ($\chi^2=6,72$; DF=2, Sig= 0,035), conforme se disse na primeira categoria, a dermatologia foi muito mais sensível a este aspecto do que os restantes serviços, admite-se que pelas mesmas razões; exposição ao sofrimento dos outros doentes, ($\chi^2=6,32$; DF=2, Sig= 0,042), o mesmo se passou nesta categoria, mas aqui talvez por razões diferentes da anterior. Em dermatologia oncológica por vezes os doentes são sujeitos a tratamentos mutilantes em zonas

visíveis. Enquanto que num cancro do cólon ou dos pulmões pode haver a mais devastadora acção patológica, tudo (ou quase) se passa no interior do organismo. Ao contrario na dermatologia, os problemas passam-se por definição na pele, e por vezes nos locais mais expostos do corpo. Ora os doentes da dermatologia mesmo em ambulatório têm de ser seguidos por longos períodos de tempo ainda que a sua condição clínica seja considerada controlada ou mesmo resolvida. Quando regressam para tratamento, ou simples apreciação de controlo, têm de conviver durante horas com outros doentes com marcas muito deformantes. Acresce que no IPO, pelo menos no período durante o qual foram recolhidos os dados, havia uma organização funcional dos serviços em que os doentes da dermatologia se cruzavam ou estavam em companhia dos doentes de cancros maxilo-faciais, de todos os cancros os que mais afectam a “estética normal” humana⁹⁰.

Intimamente associado à diferenciação por serviço está o grau de risco (morte a cinco anos) do doente. Em todos os três serviços aparecem casos de todo o espectro de risco. No entanto o risco médio varia, sendo muito mais baixo na dermatologia dos que nos restantes dois. Nestes últimos há casos de morte a muito curto prazo, como o cancro dos ovários, e outros com uma razoável esperança de vida conforme sucede nalguns tipos de cancro da mama numa realidade muito diversa, sendo conhecidas centenas de formas de cancro. Só nos 58 doentes desta amostra verificaram-se 17 variedades dessa doença.

Com muito menos impactação, as restantes variáveis independentes não discriminaram homogeneidades locais nas categorias agregadas (idade) ou fizeram-no com muito pouca intensidade: residência, a qual se manifestou apenas na capacidade técnica ($\chi^2=5,90$; DF=2, Sig= 0,052), onde se verificou que com uma única excepção apenas surgiu entre os pacientes urbanos, e relação na enfermaria ($\chi^2=5,67$; DF=2, Sig= 0,059) onde as pessoas de origem rural parecem ser mais necessitadas de que lhes seja proporcionada sociabilização. Com uma amostra maior nas fases subsequentes e recurso a outros métodos de recolha de dados poder-se-á averiguar

⁹⁰ Neste tipo específico de patologias por vezes procede-se à remoção de parte da face do paciente, o que é considerado a mutilação mais deformante fazível ao corpo humano.

com maior detalhe; profissão (imagem do hospital) ($\chi^2=14,70$; DF=7, Sig= 0,040) onde se verificou que as pessoas mais qualificadas demonstraram maior preocupação com a imagem do hospital. Por último a escolaridade manifestou-se na relação na enfermaria ($\chi^2=13,55$; DF=6, Sig= 0,035) com um padrão algo confuso mas que justifica posterior atenção na próxima fase.

Para contornar as limitações endógenas ao método de recolha de dados e à situação particular dos doentes, os resultados da fase I foram amplamente discutidos com profissionais de saúde⁹¹ e antigos doentes de foro oncológico⁹².

Nessas conversas pôde-se confrontar os resultados obtidos com a experiência prática de quem lida diariamente com doentes em ambiente hospitalar, ou de quem passou pela experiência de poder ter respondido na condição de sujeito amostral. A sua experiência foi muito relevante porque contém o conhecimento, sem contudo ter a emocionalidade tão presente. De um modo geral tanto os clínicos como os ex-doentes se reconheceram no que havia sido recolhido na primeira fase. Decompuseram porém alguns aspectos por considerar que isso era necessário do ponto de vista organizacional, de quem tenha de intervir num processo de reconfiguração de serviços.

Identificou-se nos debates que a perspectiva levantada pelos doentes poderia ser interpretada de mais de um modo, dependendo isso por exemplo da tipologia de serviços onde os doentes estivessem internados, ou às terapêuticas a que estivessem sujeitos. Como quem se pronunciou na qualidade de ex-doente presumivelmente não poderia dispor dos conhecimentos necessários à contextualização da situação clínica, para além daquela que vivenciou considerou-se que esses acréscimos de conhecimento foram tão só um alargamento para mais situações potenciais do que as

⁹¹ *Por razões de praticabilidade utilizou-se para esta discussão profissionais de saúde vindos das relações pessoais, portanto com uma única exceção, não ligados ao IPO*

⁹² *Participou-se durante uns meses num fórum de internet de discussão norte-americano para doentes, ex-doentes e familiares de doentes de cancro, onde se dinamizaram algumas discussões sobre os resultados que se iam obtendo e solicitando comentários críticos. Houve também conversas com ex-doentes de cancro da mama do IPO.*

experimentadas pela amostra da fase I. Apesar de algumas vezes terem sido contraditórias (mesmo causticas) às dos doentes figurantes da amostra, permitiu ter uma visão mais abrangente e conhecedora de algumas reacções.

Ao contrário as opiniões dos clínicos foram mais bem fundamentadas e unas, talvez por terem uma postura mais distante. Dessa dialéctica entre os resultados encontrados qualitativamente na amostra, sua discussão com doentes, ex-doentes e familiares de doentes, e clínicos, foram geradas 26 questões relativas à forma de prestação do serviço de cuidados de saúde aos doentes oncológicos:

1. Todos os seus funcionários devem dispensar simpatia / atenção aos doentes
2. Deve-se proporcionar bom relacionamento durante a prestação dos cuidados de saúde
3. O atendimento deve ser personalizado
4. Deve ser dada uma explicação detalhada da doença ao doente
5. Deve ser dada uma explicação detalhada sobre a evolução da doença
6. Deve ser dada uma explicação detalhada sobre os tratamentos
7. O doente deve escolher em conjunto com o médico as alternativas clínicas
8. O Hospital deve ter o seu nome associado à doença.
9. O Hospital deve ter instalações muito boas
10. O doente deve sentir que o hospital tem uma boa capacidade tecnológica
11. (...) Deve proporcionar um bom relacionamento na enfermaria
12. (...) Deve garantir conforto durante o período em que cá estou
13. (...) Deve evitar que o doente esteja exposto ao sofrimento dos outros
14. (...) Deve ser fácil comunicar com o hospital e os seus profissionais
15. (...) Deve-se notar profissionalismo nos seus funcionários
16. (...) Deve-se avisar previamente os doentes se lhe for alterada a data da consulta
17. (...) Deve-se notar uma boa articulação entre os serviços
18. (...) Devem-se reduzir os tempos de espera para as consultas ao mínimo
19. (...) Devem-se reduzir os tempos de espera para os exames ao mínimo
20. Deve-se sentir confiança nos seus médicos
21. Deve-se sentir confiança nas(os) enfermeiras(os)

22. Deve-se sentir confiança nos restantes profissionais
23. Deve-se sentir confiança no hospital como um todo
24. (...) A alimentação deve ser um aspecto muito importante
25. Devem-se servir lanches nos tempos de espera e visita
26. Deve-se proporcionar apoio psicológico

Em cada uma das perguntas o entrevistador assume uma de duas formas discursivas correspondentes ao modelo SERVQUAL: Conceito de prestador ideal e prestador actual.

A forma escolhida para o conceito “ideal” foi a de excelência, porque como já atrás foi dito (pelo menos na Língua Portuguesa) o conceito de “ideal” estava a remeter os doentes para dois caminhos distintos: o da situação irreal de bom absoluto, e portanto fora do contexto de realidade, e para outros, um conceito de excelência.

Aquilo que releva para o presente trabalho, é a capacidade de intervir no sentido de melhorar a gestão dos serviços do Hospital de modo a proporcionar um serviço de elevada qualidade ao doente. Portanto no âmbito daquilo que foi intuído por uns como excelência, e que interessava remeter todos os doentes o conceito de realidade próxima.

A forma de excelência dada a sua existência apenas conceptual foi apresentada no tempo imperativo: “Num excelente hospital deverá ...”. A forma de avaliação actual foi apresentada no tempo verbal presente: “No IPO ...”

Decidiu-se não fechar as portas à chegada de novas sugestões dos doentes, colocando após cada campo de inquirição um espaço onde o doente é convidado, a propósito do constructo, a sugerir outros aspectos não abordados, ou onde poderá tecer comentários acerca do que lhes está a ser solicitado.

Optou-se por incluir ainda no final do inquérito uma zona totalmente aberta, na qual o entrevistador pode escrever algo que lhe pareça relevante para os propósitos da investigação e que não tivesse sido coberto nos campos anteriores.

Quanto aos campos de inquirição sociodemográficos mantiveram-se os anteriores, a que se somou um de avaliação de sensibilidade dos doentes à relação com a tecnologia.

Ao invés da metodologia clássica onde os elementos sociodemográficos são colocados no final da entrevista decidiu-se inverter a ordem, de modo a poder aproveitar o máximo possível de informação, porque como se sabe o doente tem sempre o direito a desistir a qualquer momento, não tendo sequer de justificar a sua decisão. Com esta inversão de ordem mesmo que o doente a dado passo da entrevista desista dela, fica-se com os dados que o caracterizam, podendo depois procurar-se um padrão de desistências, ou de diferenciação sociodemográfica entre finalizantes e desistentes⁹³. O inquérito pode ser encontrado no Anexo nº 7.

4.4. Síntese da Fase I

Nesta fase pretendeu-se identificar junto dos doentes quais as dimensões semânticas utilizadas para descrever o funcionamento da qualidade de serviço num hospital oncológico.

Verificou-se que muito do que diziam não estava reflectido nas versões SERVQUAL em voga nos hospitais, e outros elementos neles constantes não figuraram nas verbalizações dos doentes.

Para a realização da presente fase (e das subsequentes) foi necessário empregar elementos protocolares de selecção dos doentes e prestação de garantias. Como eles não estavam disponíveis na literatura de Marketing de Serviços, (apesar de se referir a sua carência) foram produzidos a partir dos seus equivalentes da medicina e farmácia, mediante supervisão da Comissão Ética do IPO.

⁹³ *Esta colecção de dados acabou por ser destruída por razões éticas, pois houve o entendimento de que se os doentes decidiam desistir não seria adequado aproveitar quaisquer dados sem o seu consentimento.*

Os dados recolhidos evidenciaram uma enorme importância da componente emocional, no entanto a componente cognitiva adquire idêntica expressão, embora dispersa por maior número de classes semânticas.

Os dados recolhidos possibilitaram a produção de uma versão de ensaio destinada à avaliação da qualidade de serviço do Hospital Oncológico partindo directamente do cliente, neste caso o doente, conforme se irá ver nos próximos pontos.

4.5. Caracterização da Amostra da Fase II

À semelhança do que tem sucedido com a maioria dos investigadores que visam a adaptação do SERVQUAL a situações específicas, conforme foi a seu tempo ilustrado na revisão de literatura, verificou-se a necessidade de introduzir alterações estruturais que obrigaram a repetir vários passos da pesquisa. Para destringir melhor a que fase se faz referência, deu-se os nomes de fase IIa e fase IIb respectivamente à primeira e à segunda tentativa de ultrapassar os problemas.

De modo a melhor se compreender como se chega a determinadas opções, e ilustrar devidamente (também) aquilo que correu mal, descrevem-se ambas as sub-fases IIa e IIb: amostra, resultados, etc. sendo que a primeira é a que segue mais proximamente o modelo SERVQUAL, e a segunda a que se propõe resolver os problemas encontrados na IIa.

A amostra da fase IIa do estudo foi constituída por 50 pessoas, sendo 33 mulheres e 17 homens. As idades estiveram compreendidas entre os 20 e os 90 anos com a mediana nos 63 anos, e uma concentração principal entre os 70 e os 75 anos.

Em termos profissionais, todas as classes foram utilizadas com destaque para domésticas (30% da amostra), fruto da idade avançada de muitas das participantes neste grupo amostral bem como ao predomínio feminino da amostra. Trinta e quatro das cinquenta pessoas são trabalhadoras, sendo que 9 são trabalhadores qualificados, 8 indiferenciados, 7 quadros técnicos e superiores, 6 manuais, 1 quadro especializado e

um elemento das forças militares. Nas ocupações para além das referidas 15 domésticas, registaram-se 2 reformados e uma estudante.

A escolaridade tem um largo predomínio (60%) com pessoas com nível 1 (primária), 8 com escolaridade entre os 6 e os 12 anos (nível 2), 5 com formação universitária. Sete das pessoas não têm qualquer formação escolar.

Dezoito pessoas são provenientes das zonas rurais considerando-se o conceito de ruralidade conforme foi descrito no ponto dedicado à operacionalização das variáveis.

Basicamente as pessoas constituintes desta amostra foram provenientes dos três serviços principais de recolha de doentes. Assim constam na amostra desta fase do estudo, 19 doentes do serviço de dermatologia, 10 de ginecologia e 13 de cirurgia II. Como desde esta altura se começou a sentir falta de doentes em ritmo de fornecimento compatível com as necessidades de recrutamento para as amostras utilizou-se supletivamente 8 doentes de Hematologia. Recordar-se que os doentes de dermatologia são na sua quase totalidade doentes sujeitos a tratamento em ambulatório, pelo que há uma correlação próxima de 1 entre esta origem de serviço e a classificação de ambulatório. No total, 27 dos cinquenta doentes realizavam à data das entrevistas os seus tratamentos em regime ambulatório e 23 estavam internados. Deve-se no entanto ressaltar que em dois dos casos de ambulatório os doentes foram simultaneamente considerados como não internados, porque efectivamente não o estavam, mas simultaneamente considerados na fase de início de internamento porque o momento em que foram entrevistados se encontravam na situação de ambulatório tratando dos exames complementares de diagnóstico para que se sucedesse o internamento de imediato. O resultado prático é o de que há 27 sujeitos em ambulatório e 23 de internamento conforme já foi dito, mas no regime de "fase de internamento" aparecem 13 no início de internamento e 13 na pré saída cuja soma é 25 e não 23 conforme seria de esperar. Alguns dos doentes (6) que se encontravam em ambulatório já tinham anteriormente sido internados em resultado da sua patologia, sendo o actual estatuto de ambulatório sequencial ao internamento. Por isso na realidade apenas 19 pessoas não registavam qualquer internamento fruto da patologia que os classificou na amostra.

Os períodos de vigência da doença oncológica foram bastante diversificados, variando de situações recentes até um máximo de 18 anos de vivência com o cancro. Em bastantes doentes não foi possível apurar o tempo de duração ou de conhecimento da sua patologia.

A repartição do grau do risco conseguiu-se fazer de modo muito equilibrado: 16 considerados pelos médicos como de baixo risco, 18 médio risco e 16 de alto-risco.⁹⁴

A decisão dos tratamentos foi na maioria dos casos (26/50) da exclusiva responsabilidade do médico, e em 23 conjunta entre o médico e o doente, num dos casos, não foi possível aplicar esta variável dicotómica.

4.6. Resultados da Fase IIa

Seleccionaram-se como foi indicado na caracterização da amostra um grupo de sujeitos, os quais foram sendo abordados dentro do protocolo para a sequência “convite - explicação do estudo - assinatura do protocolo de aceitação - entrevista”, até que se perfizeram 50 entrevistas validadas.

De uma forma geral o conceito de hospital ideal indicado pelos doentes, tal como receado face aos alertas vindos da literatura (Carman, 1991; Cronin e Taylor, 1992) foi próximo do topo da escala para quase todas as 26 questões trabalhadas. As excepções foram as questões em torno da gestão da informação pelo doente: Explicação ao doente da sua doença, do prognóstico associado a ela, e dos tratamentos que se pretendem fazer e, mais do qualquer outra questão, na da participação do doente na escolha das alternativas clínicas, por último o figurar no nome do hospital a especificação da patologia oncológica. Vide Quadro 33.

A questão que se colocou de imediato foi a de se saber o valor acrescentado em estar a gastar cerca de metade do tempo da entrevista, a fazer perguntas ao doente cujas

⁹⁴ Ver no ponto relativo às operacionalizações o significado dos níveis de grau de risco.

respostas são em regra sensivelmente iguais ao topo da escala. Foi exposto na discussão anterior sobre o protocolo ético, e também por razões técnicas, da importância em poupar ao máximo o esforço do doente no seu envolvimento com a pesquisa decorrentes do cansaço e tensão provocados pela entrevista no doente.

Nos sete pontos possíveis da escala, os doentes ao cotarem o desempenho de serviço que um hospital excelente deve ter, escolheram em média um valor de 6,66 pontos, mesmo considerando as cinco perguntas onde houve padrões diferentes. Se forem descontadas essas cinco questões, fica-se a escassos 0,19 pontos do limite superior da escala (ver Quadro 33).

Quadro 33 – Valores médios do “Hospital ideal” e do IPO

	Ideal	IPO
Simpatia	6,78	6,04
Relacionamento na prestação dos cuidados de saúde	6,70	5,94
Atendimento personalizado	6,74	6,00
Explicação da doença	6,16	4,88
Explicação da evolução	6,60	5,94
Explicação dos tratamentos	6,84	5,96
Escolha das alternativas clínicas	4,66	4,58
Nome do hospital associado à doença	5,80	6,14
Instalações	6,74	5,36
Capacidade tecnológica	6,94	6,02
Relacionamento na enfermaria	6,80	6,20
Conforto	6,78	5,96
Exposição ao sofrimento dos outros	6,68	4,38
Comunicação Fácil	6,84	5,40
Profissionalismo dos funcionários	6,92	6,22
Aviso da alteração da data de consulta	6,84	6,22
Articulação dos serviços	6,80	5,92
Tempo de espera mínimo para a consulta	6,82	4,54
Tempo de espera mínimo para exames	6,94	4,94
Confiança nos médicos	6,96	6,50
Confiança nos enfermeiros	6,92	6,22
Confiança nos outros profissionais	6,76	5,74
Confiança no Hospital	6,88	6,26
Alimentação	6,92	5,37
Lanches nos tempos de espera	6,50	5,55
Apoio psicológico	6,92	4,84

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Pelo que se verifica no Quadro acima, torna-se evidente que não há diferenças sólidas entre os conceitos “extremo positivo” da escala e “hospital ideal” (ou excelente na fraseologia utilizada). As pequenas diferenças registadas serão porventura mais

resultado de uma evitação de utilização dos extremos das escalas, conforme prevê a teoria de centralidade de Patrícia Linville (1982), do que de a uma diferença real e distintiva com o conceito de idealização do hospital.

Um outro elemento qualitativo registado, foi o de que para muitos doentes a utilização da escala de sete pontos foi muito mais difícil de lidar do que o esperado. Ainda que não haja dados objectivos dessas diferenças, pois que o propósito da investigação não era o estudo da escala, verificou-se que nos doentes menos diferenciados culturalmente ou muito idosos, tinha de se explicar repetidamente o sentido da resposta, e muitas vezes pedir-lhes para corrigirem os valores dados, pois confundiam-se e invertiam as polaridades perdendo sentido os comentários que teciam com a pontuação que davam. Após recordar o significado das posições na escala, eles alteravam o valor inicial.

4.7. Discussão da Fase IIa

O padrão de resultados encontrados mostra que é facilmente distinguível a avaliação do hospital em si, do conceito de hospital ideal, sendo expressa essa diferença através de 1,0 pontos de distância entre o conceito de idealidade e o de desempenho. Não se analisará este resultado pois que o propósito desta Tese não é o de se avaliar o desempenho efectivo do hospital IPO, mas sim desenvolver uma ferramenta de trabalho.

Dada a situação ética de se estar a conhecer um determinado desempenho por o IPO ter aberto as portas, o valor reportado como tendo sido o desempenho do IPO assume apenas um valor instrumental. Deve ainda considerar-se que nesta fase não está comprovada a valia científica do modelo com que se está a trabalhar⁹⁵, não sendo por isso ajustada uma leitura em que se teçam considerandos valorativos dos desempenhos do hospital.

⁹⁵ *Pelo menos até à aprovação da Tese pelo Juri*

Regista-se com muito interesse a indistintibilidade entre a avaliação de um hospital ideal, e o conceito de topo de escala. Revela isso que não há a necessidade de estar a aplicar o procedimento clássico do SERVQUAL, na medida em que há uma quase total correspondência entre ambas as instâncias. Este aspecto é da maior importância para o contexto em que se desenrolaram as entrevistas, na medida em que, a medição do conceito de “ideal” não trouxe valor acrescentado ao aplicador, e em contrapartida aumenta para o dobro o tempo da entrevista, elemento da maior importância na entrevista a doentes.

Os doentes consideraram o processo cansativo, sendo frequente manifestarem sinais de agastamento ao fim de algum tempo. Este tipo de problemas é frequente na aplicação de inquéritos longos a doentes, tendo sido ventilado ao longo das discussões com profissionais de saúde, várias situações dentro e fora do IPO, em que as entrevistas foram geradoras de perturbação, relatando casos de estudos anteriores que tiveram de ser interrompidos por as entrevistas a que os doentes estavam a ser sujeitos estarem manifestamente a interferir com os tratamentos.

Analisando os resultados por item verificou-se que de uma forma geral os doentes avaliam em quase todos eles o conceito de hospital ideal como mais ou menos o limite da escala, e depois cotam os desempenhos parcelares conforme os percebem. Os dados que se pretende relevar são os dos itens que não têm o comportamento esperado de equivalência ao topo da escala.

Em síntese, do trabalho empreendido nesta fase resultou um sistema de medição em que metade do trabalho (a avaliação do ideal) não trouxe valor acrescentado, os doentes pelas suas características sociodemográficas não conseguiam corresponder com um verdadeiro domínio das escalas, e a literatura científica não deu qualquer respostas a como lidar com estas interrogações.

Face à falha em toda a linha decidiu-se anular o trabalho empreendido nesta fase, e repetir de novo o processo, altura em que a Fase II se passou designar Fase IIa. Decidiu-se também assumir todas as consequências dessa atitude para o conjunto do projecto de pesquisa. Entendeu-se contudo não fazer o mesmo que nas primeiras

entrevistas da Fase I, as quais foram apenas anuladas. Agora o caso é outro, e consiste na relativa falência da metodologia SERVQUAL no contexto específico estudado, como aliás tem sucedido amiúde quando se passa de campos genéricos para outros específicos conforme se viu na revisão de literatura.

Além disso, os resultados encontrados parecem ser da maior importância do ponto de vista científico: verificou-se que há inequívocas dificuldades de populações idosas e pouco diferenciadas em termos culturais em lidar com escalas de sete pontos, bem como ficou claro que, o Modelo que *Gap Analysis* entre os doentes de oncologia (e porventura de forma genérica nas situações limite) não tem cabimento, visto que fruto da própria natureza contextual, o desejado é igual ao limite daquilo a que se conseguir chegar em tudo o que seja elemento de performance ou relação.

4.8. A passagem da fase IIa para a IIb

Urgia tomar decisões que cortassem cerce com as dificuldades encontradas. Identificaram-se três grandes problemas para os quais se introduziram alterações ao modo clássico de aplicação do SERVQUAL: Escalas; Extensão do inquérito/Aquisição de conhecimento com cada forma; Saber se as alterações alteravam o quadro de leitura de tal modo que interditassem comparações mais tarde quer com a metodologia, quer com a literatura já produzida.

Nesse sentido em relação às escalas decidiu-se, após se ter tentado algumas com uns quantos doentes na procura das que levantavam menos dificuldades, adoptar a escala de dez posições. Contribuiu para essa opção o facto de tal como a de cinco pontos ser *uma escala quase corporal: recorde-se que todos aprendemos a contar pelos dedos das mãos*. Também a base numérica em que a nossa civilização opera tem base dez, e por último poderia evitar os problemas de centralidade na medida em que não tem valor neutro. Mas ao contrário das restantes escalas sem posição neutral, a escala de dez pontos pode ser convertida numa escala de cinco pontos duplos, à semelhança do que fazem imensas empresas na avaliação dos seus Índices de Satisfação do Consumidor.

Pretendia-se testar a forma de reacção a outras escalas de uma forma mais segura, mas a escassez de doentes impediu a formação de mais grupos amostrais. Logo que houve a percepção de que este problema estava a ocorrer ainda durante a fase IIa sempre que a situação o permitia (conjunção da situação clínica com o próprio interesse do doente na entrevista, e ainda a capacidade de idear algo acerca da matéria em análise) conversou-se com os doentes sobre as escalas que segundo eles mais facilmente compreendiam, e que permitissem uma resposta analógica à avaliação perceptiva. Falou-se sobretudo acerca das escalas de dez pontos e de seis pontos comparando-as com a de sete pontos. Utilizou-se como exemplo uma dada pergunta, e depois questionou-se os doentes sobre com qual das escalas mencionadas conseguiam melhor exprimir a sua avaliação. Não houve recolha de dados específica sobre esta matéria, na medida em que a conversa foi muito informal, mas não restou qualquer dúvida sobre o sentido das suas preferências, pois que muitos deles optaram imediatamente pela escala de 10 pontos.

Não se esconde contudo que alguns doentes disseram que optariam pela escala de cinco pontos (a qual não estava no contexto das interrogações) por já estarem muito familiarizados com ela. Presume-se que isso seja devido a múltiplos factores: a grande maioria dos inquéritos realizados em Portugal usa-a, tem analogia física nos dedos da mão, etc. Porém nunca se quis ir por essa alternativa na medida em que elas contêm estruturalmente o problema de leptocurticidade central, o que em elementos avaliativos conduz de imediato o sujeito respondente mais defensivo para o centro da escala. O próprio protocolo do SERVQUAL tenta evitar esse fenómeno ao introduzir a escala de sete pontos.

Optou-se também por abandonar aquilo que é o âmago do Modelo SERVQUAL, isto é, o questionamento duas vezes das perguntas, e a respectiva extracção do Gap, passando a uma avaliação directa da percepção dos doentes acerca de um só conceito. Por isso nesta sub-fase testou-se principalmente a reacção dos doentes ao confronto com um instrumento com uma só escala em lugar do método do *Gap Analysis* para verificar se o padrão de identificar o hospital ideal com o topo de escala se mantinha sem a presença de um pronúncio de desempenho actual. Como opção de escolha de única escala figurou a avaliação do excelente hospital.

Ao escolher-se a confrontação dos sujeitos respondentes com uma só escala tinha de se optar por medir ou a de idealização (no quadro de referencia o hospital excelente) ou usar a escala de hospital real. Optou-se pela primeira porque facultava mais informação; nesta fase não é muito importante obter os reais desempenhos do objecto sob análise; quantifica o sistema de *Gap* isolado se o considerarmos o diferencial em relação ao topo da escala; a escala não é maculada pelos desempenhos (ou falta deles) de que o hospital disponha à data da medição; como antes se disse por razões éticas evita-se sempre que possível à leitura de quadros de desempenho ou avaliação particular deste hospital que abriu as portas à investigação. Por último um argumento acessório: como a escala que se pretende eliminar é a de idealização, aproveitou-se para mais uma vez a testar com outra amostra, e verificar se o comportamento de resposta mantinha o padrão de encostar o conceito de ideal ao extremo positivo da escala.

A componente epistémica da discussão de se definir se o topo de escala corresponde ao ponto ideal não será aqui tomada, porque ela própria decorre de uma dada epistemologia: O conceito de ponto ideal nasce enquanto modelo de determinação de atitudes de paridade com os modelos disjuntivo, conjuntivo, lexicográfico, e de expectância, como ponto de convergência expressor da atitude de quem a emite, e em simultâneo divergente da hipótese de que a atitude leva o sujeito a responder idealmente de forma distinta do topo de escala. Ora o que aqui se discute não são atitudes, única zona onde legitimamente é invocável esse conceito, mas sim qualidade de serviço e satisfação. Verificou-se na revisão de literatura a componente atitudinal de ambos os constructos, mas também ficou evidente a existência e eventual predomínio de terceiros elementos infra-estruturais como sejam as emoções., ou a memória.

Em segundo lugar os dados encontrados apontam exactamente no sentido da univocidade de topo de escala e pontuação da excelência/idealização. Por isso como apontaram alguns críticos do SERVQUAL logo que ele apareceu (Carman 1991; Cronin e Taylor, 1992; Rosen e Karwan, 1994; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000)

poderia não existir ganho na medição do Gap sendo mais vantajoso ir directamente à medição das percepções (preferências no dizer de Carman).

Manteve-se sempre em aberto a hipótese de que as classes encontradas na fase I (qualitativa) poderiam não ter esgotado as ideias relativas ao assunto em análise. Por isso no fim de cada bloco de questões, perguntou-se ao doente se havia algum assunto relativo ao tópico que estivesse a ser cotado que ele(a) gostasse de ver revertido num processo de avaliação de serviço hospitalar, e que não estivesse contido no inquérito. No final das perguntas insistia-se para mencionarem outros aspectos que independentemente de estarem nos campos previstos pudessem ser interessantes.

*Muito poucos registos foram obtidos tanto entre os doentes da Fase IIa como nos da IIb. Para mais pormenores ver base de dados da segunda fase. Do total de 75 entrevistas realizadas colheram-se apenas 14 elocuições, todas elas redundantes às categorias previamente criadas. Entendeu-se essas elocuições mais como um frisar de importâncias do que distrações sobre o conteúdo que haviam respondido pese embora o facto de que muito frequentemente nos doentes mais idosos ou menorizados pela doença, ter de se refrescar a memória sobre os elementos em análise. Tais reforços elocutórios foram incidentes na necessidade de se verem expostos ao sofrimento alheio, e a aspectos de relacionamento em formatos que vão para além da simpatia ou da cortesia. Por último houve um registo, que sendo isolado vale apenas por si, mas que deixa uma nota curiosa: frisar que o *catering* entre refeições tem um conteúdo mais afectivo-relacional do que propriamente alimentar. É sentido (pelo menos por aquele doente, e por percepção relacional nas outras entrevistas) como uma indulgência, ou mesmo um carinho, contrariamente aos restantes períodos (almoço...) em que o *catering* é uma preexistência inerente ao serviço.*

4.9. Amostra IIb

Na fase IIb, procedeu-se na medida do possível à recuperação dos doentes utilizados na fase IIa ainda internados, ou que estando no regime ambulatorio fosse possível procurar nos dias das suas consultas, pois isso permitia evitar ter de exercer e explicar de novo todos os passos procedimentais éticos. Além disso como nessa altura já havia

alguma escassez de doentes para as amostras, evitava-se recorrer ao grosso amostral que se encontrava em reserva para a terceira e última fase, na qual iriam ser necessários muitos doentes. No entanto só foi possível fazer isso com oito doentes, nos restantes já tinha havido evoluções de doença (positiva ou negativamente), pelo que foram excluídos ou não encontrados.

Juntou-se a esses oito doentes mais 17 sujeitos recém captados. A idade média foi de 69,1 anos, valor que coincide com a mediana (69 anos). A variação entre extremos foi de 46 anos, indo dos 43 aos 89 anos. Comparativamente à fase IIa o valor médio foi idêntico, assim como o extremo superior, mas os doentes com idades mais jovens escassearam, não chegando contudo para afectar de forma expressiva os parâmetros estatísticos.

O enviesamento de género sexual foi ainda um pouco maior, com 17 mulheres e 8 homens, sempre fruto do enviesamento natural dos doentes assistidos no hospital, e em particular dos serviços clínicos utilizados.

A maior diferenciação em relação à amostra anterior consistiu na origem ocupacional dos doentes, sendo que nesta, 80% eram reformados, e os profissionais apenas dois sujeitos.

A escolaridade acompanhou a origem sociológica dos sujeitos, sendo por conseguinte os níveis muito baixos, com quatro em cada cinco doentes a possuir apenas a quarta classe ou menos.

A maioria, 60%, têm uma residência urbana, embora nas entrevistas se tenha ficado com a impressão de que muitos manteriam uma raiz profundamente rural, mau grado terem imigrado para as zonas urbanas há várias décadas, o que se exprimiu por uma forma comportamental muito própria.

Na amostra por razões de acessibilidade aos doentes, e rapidez de recolha dos dados, utilizou-se apenas sujeitos oriundos dos serviços de dermatologia, 16, na medida em que é um serviço com grande rotação devida ao regime ambulatório da quase

totalidade dos seus doentes, e a ginecologia (9) pela densidade de procura hospitalar. Apenas nove dos indivíduos se encontravam internados, isto é, houve sobreposição nas variáveis “serviço de origem” e “internamento”.

O grau de risco associado às patologias dos doentes foi muito influenciado pela forte componente da dermatologia, a qual lida maioritariamente com casos de muito bom prognóstico. A amostra ficou com 14 doentes de baixo risco, 7 de médio risco, e 4 de alto risco.

4.10. Resultados da Fase IIb

Para se obter comparabilidade converteu-se a escalas de 10 em 7 pontos assumindo linearidade de processos. Assume-se que esse não será o caminho mais correcto mas fez-se também com a conversão estanfnica, e os resultados diferiam nas milésimas de ponto. Em contrapartida uma conversão directa é facilmente compreendida por qualquer um. Vide Quadro nº 49.

Quadro 34 – Comparação entre grupos IIa e IIb

Comparação dos Grupos IIa e IIb					
Valores ideais	Mean G IIa	Mean G IIb	Delta	Std. Dev	Std. Dev
Simpatia	6,78	6,84	-0,06	0,42	0,47
Relacionamento na prestação dos cuidados de saúde	6,70	6,72	-0,02	0,68	0,54
Atendimento personalizado	6,74	6,32	0,42	0,44	0,99
Explicação da doença	6,16	6,46	-0,30	1,42	0,88
Explicação da evolução	6,60	6,08	0,52	0,67	1,38
Explicação dos tratamentos	6,84	6,28	0,56	0,42	1,28
Escolha das alternativas clínicas	4,66	4,88	-0,22	1,44	2,26
Nome do hospital associado à doença	5,80	4,84	0,96	1,32	2,49
Instalações	6,74	6,36	0,38	0,49	0,95
Capacidade tecnológica	6,94	6,44	0,50	0,24	1,26
Relacionamento na enfermaria	6,80	6,68	0,12	0,49	0,75
Conforto	6,78	6,68	0,10	0,51	0,56
Exposição ao sofrimento dos outros	6,68	6,08	0,60	0,68	1,98
Profissionalismo dos funcionários	6,92	6,44	0,48	0,27	0,92
Aviso da alteração da data de consulta	6,84	6,52	0,32	0,42	0,77
Articulação dos serviços	6,80	6,68	0,12	0,49	0,69
Tempo de espera mínimo para a consulta	6,82	6,64	0,18	0,39	0,57
Tempo de espera mínimo para exames	6,94	6,16	0,78	0,24	1,46
Confiança nos médicos	6,96	6,48	0,48	0,20	1,00
Confiança nos enfermeiros	6,92	6,60	0,32	0,27	0,82
Confiança nos outros profissionais	6,76	6,60	0,16	0,56	0,82
Confiança no Hospital	6,88	6,20	0,68	0,33	0,87
Alimentação	6,92	6,68	0,24	0,27	0,63
Lanches nos tempos de espera	6,50	6,44	0,06	1,33	0,87
Apoio psicológico	6,92	6,80	0,12	0,27	0,65

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

4.11. Discussão da Fase IIb

Os resultados obtidos no segundo grupo amostral confirmaram como neste ambiente extremado, representado na pesquisa pelo hospital oncológico ideal, a essência do SERVQUAL é colocada em causa: excelência e topo de escala são aproximadamente a mesma coisa. Conforme se disse acima, desconhece-se se as diferenças entre os valores médios encontrados e o valor absoluto superior da escala são representativos de uma efectiva diferenciação, ou tão-somente o resultado é devido ao efeito de centralidade de Linville. A sê-lo, por si só consegue explicar a totalidade da diferença. Se a teoria de Linville não estiver correcta, ainda que minimal esse valor pode ser representativo de algo que isola o conceito de excelência como entidade autónoma. Não se toma partido por qualquer das leituras. A disputa Linville-Tesser dura há 25 anos com defensores e detractores e não é esse de todo o *focus* da investigação. De qualquer forma até na pressuposição de significado próprio para a diferença, para quem tenha de proceder à medição da qualidade de serviço de um qualquer hospital oncológico, o valor residual de umas quantas centésimas de ponto que distam do valor médio ideal ao topo de escala não lhe é suficientemente para poder empreender acções de forma diferencial, e portanto para justificar presença de mais uma forma de inquérito que duplica esforço e tempo.

Admitindo uma leitura Tesseriana, onde as pessoas em ambiente de conhecimento (ou envolvimento) profundo tendem a extremar mais as posições, falta saber se o extremismo evidenciado se distingue do extremismo de valor absoluto, bem como, se o desconhecimento técnico implícito na avaliação de desempenhos do hospital, é ortogonal à avaliação da vontade de continuar a viver. Isto é, no limite, a própria teoria de Tesser pode ser colocada em causa: consegue explicar razoavelmente a predição de as pessoas inscreverem valores extremados no conceito de positividade associado à excelência, quando são levadas a pronunciarem-se em matérias nas quais seguramente têm muitas dificuldades de domínio técnico, mas falha na extensão da leitura ao padrão global.

Conheça ou não os conteúdos técnicos, o sujeito que se submete a tratamentos por vezes muito dolorosos e destrutivos da qualidade de vida, é porque está sem dúvida a

procurar sobreviver a todo o custo, por outras palavras, não há qualquer desconhecimento de objectivos, apenas dos elementos instrumentais.

Do ponto de vista da exactidão científica, fica a nota de que há em muitos itens uma tendência para obter uns centésimos de ponto (30) menos do que com a escala de 7 pontos, do que com a de 10 convertida. Algumas escassas excepções invertem o padrão onde se destacam os itens de apreciação relacional. Apesar desta aproximação à predição da interpretação da Teoria de Linville (1982), não se dispõe de um número aceitável de doentes para extrapolar quaisquer resultados. Retém-se apenas que num grupo total de 75 pessoas, os padrões de resposta apresentaram um perfil mais próximo do de Linville (1982, 1985) do que do padrão Tesseriano, sendo que nenhum apareceu de modo aberto, o que indica que também aqui (teoria de padrões de resposta às escalas) muito trabalho há a fazer no que concerne às situações extremas.

Não houve lugar a tratamentos diferenciados das elocuições qualitativas desta fase, devido quer ao seu reduzido número quer por serem redundantes às categorias previamente criadas.

Partiu-se então para a redacção da forma de inquérito destinada a entrevistar o grosso da amostra, naquilo que foi chamado Fase III.

Tentou-se ainda avaliar se havia algum aspecto específico de relação com as tecnologias, na medida em que, de todo o protocolo clínico, as intervenções de foro tecnológico avançado são aquelas em que o doente tem menos bases para proceder a uma avaliação da qualidade do serviço lhe está a ser prestado. Para tanto utilizou-se da escala TechQual desenhada exactamente para esse fim: avaliação do contacto dos sujeitos com as tecnologias durante o processo de *delivering*. Os seus autores, Parasuraman e Colby, têm íntima proximidade com os do modelo SERVQUAL, sendo Parasuraman comum a ambos os modelos⁹⁶.

⁹⁶ *Numa deslocação a uma Conferência científica, proporcionou-se a ocasião para discutir estes aspectos com ambos os autores do TechQual, os quais disponibilizaram essa ferramenta.*

Porém a aplicação dessa ferramenta não surtiu grandes resultados de qualquer ordem: a génese de ferramenta é a de servir de suporte ao SERVQUAL em ambientes de elevada tecnologia, mas os autores ao procederem ao seu desenvolvimento fizeram-no num contexto histórico concreto, (o promotor estava ligada ao sector espacial), e depois evoluiu para as SST⁹⁷, como se sabe amplamente dominadas pela banca, internet, etc. sempre em contextos onde o cliente é muito interventor no processo.

Apesar de se ter traduzido e adaptado cada item da escala à problemática da saúde hospitalar em discussão com os autores do Modelo TechQual, houve muita entropia no processo. Ficou-se com a ideia de que, para se dispor de uma verdadeira variante TechQual para a saúde, seria necessário muito mais trabalho adaptativo, moldando-o às tecnologias específicas de cada especialidade médica ou, no mínimo, às tecnologias horizontais de suporte⁹⁸ sendo isso outra Tese.

Um segundo aspecto foi de ordem relacional. Ao alargar o tempo de inquérito, provocou uma taxa de abandono das entrevistas por cansaço. Notou-se também que algumas pessoas desistiam da entrevista alegando diferentes motivos, quando eram instadas a responder acerca de itens que não dominavam de todo, ou mesmo que lhes eram totalmente estranhos. Ao fim de onze entrevistas em que se questionou também o TechQual desistiu-se desta parte, ficando contudo algumas certezas: é muito provável que à medida que se intensificar a carga tecnológica, esta venha a ter um papel mais amplo e impactante no *delivering* de serviço, mas por agora os doentes (pelo menos entre aqueles com as características dos utilizados na amostra) mostraram uma reacção de indiferença e até alguma desconfiança ao emprego das tecnologias.

Decidiu-se então avançar para a terceira fase mantendo as categorias trabalhadas na Fase II, a que se juntaram apenas três novas questões: avaliação global de qualidade e avaliação global de satisfação, para formar uma lógica de regressão que permita mais tarde a aplicação de uma equação estrutural ou equivalente; mais uma questão acerca da presença de um familiar/acompanhante, suscitada pela entrada em vigor nessa

⁹⁷ *Self-service Technologies*

⁹⁸ *Imagiologia, Radiologia, Fisiatria...*

altura de protocolos UE de facilitação de acesso de familiares a doentes internados. O inquérito da Fase III encontra-se no Anexo nº 7.

4.12. Síntese da Fase II

O resultado essencial da presente Fase foi o de que se registaram em plenitude os elementos que deram origem às críticas ao SERVQUAL insertas na literatura: diferente significação de “ideal”, mau funcionamento do Gap, colagem de ideal ao topo positivo da escala.

Por razões de Ética, custo, e praticidade decidiu-se eliminar a escala de idealização assumindo que no labor corrente do hospital, o desejável é que se faça tudo pelo doente, e por isso haverá identidade entre o topo de escala e “ideal”.

Verificou-se igualmente que o emprego de escalas de 10 pontos era de mais fácil emprego do que as 7 pontos, o que em populações muito pouco diferenciadas faz a diferença.

O conjunto de alterações mencionadas obrigou à repetição desta fase de trabalho, havendo por isso uma sub-fase IIa e outra IIb.

Dos resultados encontrados e sua discussão permanente com profissionais de saúde resultou a versão final, a qual irá ser aplicada a uma muito maior amostra na Fase III

4.13. Amostra da Fase III

A Amostra desta fase foi constituída por 331 doentes. A idade natural foi recodificada tal como explicada no ponto dedicado à definição das variáveis, de que resultou a seguinte distribuição inserta no Quadro 35:

Quadro 35 - Idade codificada

	Frequência	%	Validados	% Cumulativa
Adultos jovens (18 e 45 anos)	29	8,8	8,8	8,8
Adultos maduros (46 a 65 anos)	156	47,1	47,1	55,9
Idosos (mais de 65 anos)	146	44,1	44,1	100,0
Total	331	100,0	100,0	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Como se pode verificar os jovens adultos estão menos representados na amostra do que no universo hospitalar do IPO Lisboa, (Rel. e contas IPO Lisboa 2004, 2005). A diferença será explicável pelas patologias e fases empregues para a constituição dos grupos. Pelos mesmos motivos do que sucedeu nas amostras das fases I e II, há uma predominância de mulheres na amostra, vide Quadro 36.

Quadro 36 - Sexo

	Frequência	%	Válidos	% Cumulativa
Feminino	231	69,8	69,8	69,8
Masculino	100	30,2	30,2	100,0
Total	331	100,0	100,0	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A distribuição escolar evidencia a grande fragilidade das populações mais envelhecidas, em particular das femininas em Portugal. A larga maioria dos inquiridos tem seis ou menos anos de escolarização ver no Quadro 37. Mais de 70% dos doentes

participantes na amostra ou não frequentou a escola, ou fê-lo há mais de 50 anos, o que em termos práticos quer dizer quase o mesmo.

Quadro 37 - Nível escolar

	Frequência	%	Válidos	% Cumulativa
Sem instrução	22	6,6	6,7	6,7
Primária (6 anos)	212	64,0	64,2	70,9
Secundária (6 a 12 anos)	58	17,5	17,6	88,5
Universitário (> 12 anos)	38	11,5	11,5	100,0
Total	330	99,7	100,0	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Um dos doentes não quis dizer o seu grau de escolaridade. Presume-se que fosse baixo. Deve-se também alertar que se encara os dados de escolaridade com alguma reserva, porque não houve conferição documental das habilitações declaradas, e por em muitos doentes ser visível embaraço na resposta a esta questão, manifestando vergonha em possuir baixa escolaridade. Presume-se por essa razão que talvez haja algum empolamento das habilitações declaradas, especialmente nos escalões mais letrados, aumentando o valor médio desta variável.

O tipo de ocupação e/ou profissão exprime o peso da idade, e a debilidade da condição física dos doentes. Daqueles que ainda trabalham, as profissões declaradas são coerentes com as habilitações assumidas.

Dadas as baixas densidades de ocorrência registada entre as forças militarizadas, os estudantes, e a não utilização directa da classificação "outros" reuniu-se essas três classes sob a designação de "Outros", ver no Quadro 38.

Quadro 38 - Profissão recodificada

	Frequência	%	Válidos	% Cumulativa
Trabalhadores indiferenciados	36	10,9	10,9	10,9
Trabalhadores manuais	41	12,4	12,4	23,3
Trabalhadores qualificados	66	19,9	19,9	43,2
Trabalhadores especializados	17	5,1	5,1	48,3
Quadros técnicos e superiores	31	9,4	9,4	57,7
Reformados	25	7,6	7,6	65,3
Domésticas e desempregados com + de 30 anos	106	32,0	32,0	97,3
Outros	9	2,7	2,7	100
Total	331	100	100	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Um terço da amostra foi proveniente de zona rural e os restantes dois terços de zona urbana, (vide Quadro 39). Salienta-se no entanto que muitos dos doentes sendo urbanos por estatuto, têm raízes fora das cidades, permanecendo por isso, com uma grande sensibilidade à forma de estar mais rural. Isso foi muito evidente durante as entrevistas, quando os doentes recorrentemente remetiam as memórias para o seu período de juventude nos campos onde tudo era bom, versus a actualidade citadina em que quase tudo é mau.

Quadro 39 - Residência

	Frequência	%	Válidos	% Cumulativa
Rural	109	32,9	32,9	32,9
Urbana	222	67,1	67,1	100,0
Total	331	100,0	100,0	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

No caso dos três Serviços base de recepção de doentes, o serviço de origem é um elemento com funcionamento próximo do da variável parasita. A razão para que isso aconteça é a da elevada colinearidade entre o tipo de serviço e a taxa de risco implícita às várias patologias. Por exemplo na dermatologia a maioria dos registos clínicos recaem nos basiliomas espinocelulares, cujo prognóstico tem perto de 100%

de remissões, enquanto no serviço de cirurgia populam inúmeros casos de cancro com elevadíssimas taxas de mortalidade a cinco anos.

Poder-se-ia então considerar que bastaria utilizar uma das variáveis: tipologia de serviço ou taxa de mortalidade a cinco anos. Optou-se por não o fazer, na medida em que há situações de risco elevado como os melanomas a ocorrerem na dermatologia, e verificam-se fases iniciais de cancro da mama no serviço de ginecologia, para apenas ilustrar os mais frequentes. De modo a controlar o efeito “Serviço de origem”, trabalhou-se a variável como uma normal VI. O quadro 40 resume a informação:

Quadro 40 - Serviço de Origem

	Frequência	%	Válidos	% Cumulativa
Dermatologia	75	22,7	22,7	22,7
Cirurgia I	85	25,7	25,8	48,5
Ginecologia	101	30,5	30,6	79,1
Outros	69	20,8	20,9	100,0
Total	330	99,7	100,0	
Não classificado	1	,3		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Como se pode verificar no Quadro 40 houve um predomínio de doentes vindos da Ginecologia e da Cirurgia I, de que resultou um aumento médio dos casos de maior gravidade relativamente às fases anteriores. Ver Quadro 41. No Anexo 4 discrimina-se as patologias dos doentes.

Quadro 41 - Grau de Risco

	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Baixo	79	23,9	24,3	24,3
Médio	145	43,8	44,6	68,9
Alto	101	30,5	31,1	100,0
Total Classif.	325	98,2	100,0	
Sem classificação	6	1,8		
Total Geral	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Cruzando ambas as variáveis encontra-se uma elevada associação entre grau de risco e o tipo de serviço, como se pode verificar no Quadro 42:

Quadro 42 - Cruzamento entre risco e serviço de origem

	Grau de Risco			Total
	Baixo	Médio	Alto	
Dermatologia	57	5	13	75
Cirurgia 1	4	28	50	82
Ginecologia	3	75	23	101
Outros	14	37	15	66
Total	78	145	101	324

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Ao mesmo tempo verifica-se uma forte diferenciação de risco entre os serviços ver Quadro 43:

Quadro 43 – Teste Chi-Quadrado

	Value	gl	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	195,132	6	,000
Likelihood Ratio	188,532	6	,000
Linear-by-Linear Association	15,059	1	,000
Nº de casos válidos	324		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A maioria dos doentes foi captada mais próxima da alta hospitalar do que do período de admissão. Duas razões determinaram que assim fosse: a disponibilidade de doentes para o estudo, e o facto de que quando os doentes entram estão mais solicitados por práticas clínicas e de diagnóstico, o que dificulta o acesso aos mesmos, enquanto na pré-alta hospitalar, o próprio doente se torna mais receptivo a participações em trabalho como este, vide Quadro 44.

Quadro 44 - Fase de internamento

	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Início	71	21,5	36,8	36,8
Pré-saída	122	36,9	63,2	100,0
Total	193	58,3	100,0	
Ambulatório	138	41,7		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

De seguida analisa-se a amostra na sua relação com a doença oncológica. O primeiro aspecto analisado foi o do tempo de relação que o doente tem com a sua doença. A pressuposição é a de que um doente com uma doença potencialmente mortal passa por várias fases de cogniscência da sua doença⁹⁹. A primeira é a da relação violenta com a nova realidade, seja por via da negação, vontade de tudo (ou nada) conhecer, ansiedade extrema, etc. Uma vez interiorizada a nova realidade, o doente passa a conviver com a sua doença, e a lutar pela vida. Aqueles doentes que manifestam longos períodos de sobrevida, apenas o fazem porque a sua patologia o permite, isto é, não estarão perante uma situação de elevado risco associado, vide Quadro 45.

Quadro 45 - Tempo total da doença codificado

	Frequên- cia	%	% Válida	% Cum.
Doença recente (ate 1 ano)	147	44,4	45,1	45,1
Doença entre 1 e 5 anos	106	32,0	32,5	77,6
Mais de 5 anos	73	22,1	22,4	100,0
Total	326	98,5	100,0	
Missing	5	1,5		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A literatura científica não descreve com rigor o momento de passagem de um para outro estado de cogniscência¹⁰⁰. De um modo geral (Klocker et al., 1997; Zwitter M., 1997) assumem a existência de estados transitórios de relação que evoluirão de acordo com a forma íntima como cada um reage perante a sua mortalidade, e o contexto de vida.

O padrão de relação temporal da amostra com o cancro, é dominado pelas relações de curta duração, que recorda-se foram definidas como as situações diagnosticadas há menos de um ano. Seguem-se os doentes com doenças de média duração (1 a 5 anos) e por último os de longa permanência com a doença (mais de 5 anos). É natural que

⁹⁹ A leitura corresponde ao quadro teórico da psicologia clínica. Não se faz menção específica de literatura por ser um princípio genérico e pacífico para as várias correntes.

¹⁰⁰ A determinação do estado em que o doente se situa é feita na anamnese, e obtida por via qualitativa

este grupo seja diminuto porque os tempos de sobrevivência são medidos em períodos de 5 anos, e nalgumas patologias não são raras taxas de 20% ou menos.

Uma outra forma avaliar a forma de relação com a doença é verificar o tipo de tratamento ao qual o paciente foi sujeito, na medida em que cada uma das três famílias terapêuticas principais se reveste de características próprias: a cirurgia é mutilante (interna ou externamente) e marca sempre o corpo do doente, deixando-lhe memória física indelével; a quimioterapia tem uma afectação metabólica, associada a certas formas de mal-estar, muitos casos é marcante em termos da imagem; a radioterapia perturba desempenhos do doente, e em casos extremos tem efeitos visíveis sobre o corpo (queimadura, etc.). Os protocolos clínicos são determinados caso a caso e podem exigir uma, duas, ou mesmo as três tecnologias.

No Quadro 46 reflecte que a radioterapia foi experimentada por 16,2% dos sujeitos:

Quadro 46 - Tratamentos radioterapia

	Frequen- cia	%	% Válida	% Cum.
Não fez radioterapia	274	82,8	83,8	83,8
Fez radioterapia	53	16,0	16,2	100,0
Total	327	98,8	100,0	
Não utilizados	4	1,2		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A quimioterapia por 20,2%, ver Quadro 47):

Quadro 47 - Tratamentos quimioterapia

	Frequen- cia	%	% Válida	% Cum.
não fez quimioterapia	256	77,3	79,3	79,3
fez quimioterapia	67	20,2	20,7	100,0
Total	323	97,6	100,0	
Não utilizados	8	2,4		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

E a cirurgia pela maioria da amostra:

Quadro 48 - Tratamentos cirurgia

	Frequen- -cia	%	% Válida	% Cum.
não fez cirurgia	98	29,6	29,8	29,8
fez cirurgia	231	69,8	70,2	100,0
Total	329	99,4	100,0	
Não utilizados	2	,6		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Para a realização de todos esses tratamentos os doentes utilizados na amostra tiveram de sofrer por vezes vários internamentos, como é visível no Quadro 49:

Quadro 49 - Número de internamentos codificado

	Frequen- -cia	%	% Válida	% Cum.
Um internamento	140	42,3	67,0	67,0
Dois internamentos	33	10,0	15,8	82,8
Três internamentos	16	4,8	7,7	90,4
Mais de três internamentos	20	6,0	9,6	100,0
Total	209	63,1	100,0	
Não aplicavel	122	36,9		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Conforme se descreveu na revisão de literatura um dos pontos em análise foi o do grau de independência do doente no processo de tomada de decisão dos tratamentos a seguir, que pode ser analisado no Quadro 50.

Quadro 50 - Tomada de Decisão

	Frequen- -cia	%	% Válida	% Cum.
conjunta	152	45,9	46,8	47,1
só do médico	172	52,0	52,9	100,0
Total	325	98,2	100,0	
Missing	6	1,8		
Total	331	100,0		

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

4.14. Resultados e discussão da Fase III

Os resultados serão agora avaliados de um modo aplicativo com o Modelo SEM desenvolvido. Além disso para a validação e estudo das propriedades psicométricas do instrumento, tem de se verificar todas as intercepções das variáveis dependentes e independentes. Por uma questão de mera tradição começa-se por este último ponto.

4.14.1. Avaliação do comportamento psicométrico individual das variáveis dependentes face a cada uma das independentes

Pelas razões aduzidas na discussão da Fase II, estasse a pressupor que o hospital excelente corresponde ao topo de escala, e que agora se está a questionar o desempenho do IPO em cada uma das categorias, sendo que o que falta para o topo de escala é o caminho a percorrer pelo Gestor Hospitalar, razão porque trabalhar com o valor directo dado pelo doente, ou com o seu complementar é idêntico. Por uma questão de praticidade optou-se pela primeira alternativa.

Verifica-se que todas as variáveis independentes têm capacidade discriminante sobre as variáveis dependentes. Naturalmente nem todos os cruzamentos manifestam essa capacidade, mas há inequivocamente características de homogeneidade intragrupal e heterogeneidade intergrupar nas formas de separação ensaiadas.

O Quadro 51, da página seguinte, sintetiza os testes de chi-quadrado entre VI's e VD's. Ensaiou-se a projecção da distribuição de chi-quadrado para a t-student por esta ser mais robusta, através da distribuição VAL-ASEO, mas a sistemática existência de variáveis nas quais surgiram não respostas, obrigava à produção estocástica (ou em alternativa a colocação do valor médio) desses valores nas células em falta. Desconhece-se se o enviesamento induzido por geração de umas centenas de valores

por qualquer um dos métodos, seguido de uma projecção de uma distribuição noutra, não introduziria mais deformação no quadro global de dados, do que a simples leitura com um instrumento antigo e limitado, mas acerca do qual se conhece muito bem o comportamento, e que resiste razoavelmente bem às assimetrias distributivas dos sujeitos nas células. Assinalou-se com um asterisco (*) os cruzamentos entre variáveis independentes e dependentes, com uma significância entre 0,1 e 0,05, e com dois asteriscos (**) se o alfa estiver entre 0,000 e 0,050.

As variáveis independentes que menos se manifestaram foram: o local de residência (ser residente num espaço urbano ou rural) o tempo de duração da doença, e o facto de ter ou não realizado intervenção cirúrgica. Já era aguardado que fossem essas as variáveis menos diferenciadoras, porque como antes se disse, apesar de muitas pessoas serem objectivamente residentes em espaços urbanos mantêm muito daquilo que comumente se entende serem características rurais. Do mesmo modo o tempo de duração da doença depende directamente do tipo de doença Oncológica de que o doente padece. Por exemplo, houve sujeitos entrevistados com décadas de convivência com cancro da pele, enquanto outros doentes têm situações agudas com outras variantes oncológicas.

Quadro 51 – Cruzamento da VI's e VD

	Sexo	Nível esc	Residência	Serviço	Num Int	RadioT	Químio	Cirurgia	Operação	Decisão	GR	Idade	Tempo Int	Nun Inter	Prof	Temp Total Doença
Simpatia/atenção	**	**	**	**	**	*	**	*		**		**	**	*	**	
Relacionamento na prestação de cuidados de saúde	*	**		**	*	**	**	*				**	**		**	
Atendimento personalizado	**		*	*		**	**	**	**		**	**	**	*		
Explicação da doença	*	**		*				**	**		**	**	**		**	**
Explicação da evolução		**		**	**	**	*		**		**	**	**	**	**	**
Explicação dos tratamentos		**		**	**	**	**	**	**	**	**	*	*	*	**	
Escolhas das alternativas clínicas				**								**	**		**	
Imagem estigmatizada do hospital	**				**		**	**		**		**	**	*	**	
Instalações		**			**	*	**	**		**		**	**	*	**	
Capacidade Tecnológica		**		**	**	*	**	**		**		**	**	*	**	**
Relacionamento na enfermaria	**	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Conforto		**		**	**		**		**	**	**	**	**		**	**
Exposição ao sofrimento dos outros	*	**		**	*						**	**	**	*	**	**
Comunicação fácil	*	**		**							*	**	**	*	**	**
Profissionalidade dos funcionários		**	**	**		*	*	**				**	**		**	**
Aviso de alteração de data de consulta			**			*	**	*	*			**	**		**	**
Articulação dos serviços		**		**	**	**	**	**	**	**		**	**	**	**	**
Tempo de espera mínimo para consulta	**	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Tempo de espera mínimo para os exames	*		**		**		**	**	**	*	**	**	**	**	**	**
Confiança nos médicos	**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Confiança nos enfermeiros		**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Confiança nos outros profissionais		**		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	*	**	*
Confiança no Hospital		**		*		*	*	*	*	**	**	**	**	**	**	*
Confiança na Alimentação		**	*	*							**	**	**	**	**	**
Lanche nos tempos de espera	**		**	**			**	**	**		**	**	**	**	**	*
Apoio psicológico		**	**	**		*	*	*	*		**	**	**	**	**	**
Presença de um familiar durante internamento	*		**	**				**	**		**	*	**	**	**	**

Legenda: x - Estatisticamente significativo xx - altamente significativo

Muito associado ao tipo de doença e ao seu estado de desenvolvimento está o protocolo clínico que se escolhe para o doente. Em sinal contrário (alta impactação) esteve o nível de escolaridade, a profissão, o serviço de internamento, a idade e o tempo de convivência com a doença.

Assumi-se a colinearidade entre muitas destas variáveis, como sejam os casos evidentes da formação escolar e a profissão, e estas com a idade. A razão pela qual não se eliminaram as variáveis menos “puras” foi o estado de desconhecimento objectivo neste domínio: saber se o facto de uma variável estar altamente correlacionada com outra, é em si factor de redundância, ou tão-somente se existem elementos antecedentes que impactem de modo homólogo em duas variáveis¹⁰¹, resultando daí altas colinearidades. A somar a esta abordagem está a independência natural de algumas das variáveis, que as torna variáveis independentes naturais, como seja o caso da idade, portanto suficientemente válidas para justificar a sua análise. Avaliando o comportamento de cada categoria de per si:

Simpatia e atenção dispensadas ao doente

O nível escolar evidenciou grande diferenciação ($\chi^2=87,46$, DF=21, Sig= 0,000), com as pessoas menos escolarizadas a manifestarem muito mais reconhecimento da existência de simpatia por parte dos funcionários do que os mais escolarizados. Pode-se entender (especulativamente à luz da teoria de Linville porque esta não trabalhou com a variável educação) que os sujeitos mais letrados têm mais critérios de avaliação, e serão mais exigentes na avaliação, ao passo que os menos letrados sendo incapazes de dominar aspectos técnicos se centram apenas nalguns tópicos de mais fácil compreensão. Há a consciência de que na ausência de literatura científica acerca deste ponto, se dá um enorme salto epistemológico passando de algo que foi testado em laboratório, e em contextos muito diversos, para um campo aplicado.

¹⁰¹ *Este assunto tem sido muito trazido à tona nos últimos anos, partindo da discussão de Mandelbrot em que este, no estudo de fenómenos fractais constatou a dependência das chamadas “condições iniciais” (ou condições antecedentes). Neste trabalho não abordamos o problema por via da geometria de dimensões fracionárias, pelo que preferimos manter a questão em aberto.*

Também o Serviço que presta o atendimento ao doente verificou grande diferenciação: ($\chi^2=64,429$, $DF=21$, $Sig= 0,000$), com os Serviços de ginecologia e dermatologia a distinguirem-se dos restantes. Ainda que não haja literatura que suporte capazmente o assunto, se se atender ao que a escola de psicologia oncológica diz acerca da impactação no sujeito afectado por este tipo de doença, é exactamente nestas especialidades clínicas que se iria verificar a separação causada pela fragilização emocional do sujeito: na dermatologia é a confrontação do doente com a visibilidade da doença, na ginecologia por ser uma especialidade que lida não só com a doença oncológica, como em simultâneo em algo que incide na essência da identidade feminina, ao passo que outras doenças podendo ser tão ou mais graves do que as registadas nestes serviços, estão “escondidas” no interior do corpo e/ou prendem-se a órgãos mais inócuos para a identidade do paciente.

Na variável independente “Número de internamentos” verificou-se que as pessoas com mais internamentos têm menor cotação de reconhecimento de expressão de simpatia ($\chi^2=37,94$, $DF=21$, $Sig= 0,013$). Os que se encontram no seu primeiro internamento apresentaram uma média de 8,99 pontos, os com dois internamentos tiveram uma média de 8,70 pontos, com três 8,19 pontos e com quatro ou mais 7,95 pontos. Interpreta-se isto como consequência directa do estado de menorização a que o sujeito está progressivamente submetido. Porém, face à teoria cognitivista pode ser interpretado como o resultado do aumento da experiência numa sequência de inversão à polaridade-extremismo Tesseriano.

A realização de Tratamentos de Radioterapia apresenta uma ligeira diferenciação ($\chi^2=14,378$, $DF=7$, $Sig= 0,045$), em que os doentes que estiveram sujeitos a essa terapia são um pouco mais críticos do que os que não tiveram. No mesmo sentido os que fizeram Tratamentos de Quimioterapia acentuam ainda mais a diferenciação: ($\chi^2=30,736$, $DF=7$, $Sig= 0,000$), em sentido inverso é o padrão dos que foram sujeitos a Cirurgia ($\chi^2=17,129$, $DF=7$, $Sig= 0,017$). Enquanto os dois primeiros são lógicos numa perspectiva do sujeito ser violentamente “agredido” pelo próprio protocolo clínico, sendo por isso mais sensíveis, na cirurgia, técnica por definição invasiva, o padrão inverte-se.

Na discussão com clínicos, estes atribuíram o padrão ao facto de que quem não faz cirurgia é normalmente submetido às outras duas tecnologias, resultando delas, por vezes durante os tratamentos, um maior abaixamento da qualidade de vida do que nos doentes que foram submetidos a cirurgias como as praticadas na dermatologia oncológica. O isolamento dos efeitos contributivos e interactivos de cada técnica clínica é difícil de apurar, por que são conjugáveis todas as formas de técnica no protocolo clínico. Porém, não têm todas a mesma expressão, e a entrada de cada uma das técnicas é recursiva face ao estágio de desenvolvimento tumoral, e especificidade do processo clínico do doente. Além disso há um efeito temporal do qual decorre que um determinado doente pode ter feito a técnica A e aguardar a B numa fase sequencial, enquanto um seu homólogo pode ter feito a B e aguardar pela C. Dadas estas restrições o número mínimo de sujeitos necessários ao estudo interactivo das impactações dos protocolos exigiria segundo o diagrama de Sheppard um mínimo de 3600 doentes. Por essa razão, apresenta-se as impactações das 3 técnicas de per si. O Quadro 52 apresenta essa síntese:

Quadro 52 – Definição dos protocolos clínicos dos sujeitos da amostra

tratamentos radioterapia * Tratamentos quimioterapia * Tratamentos cirurgia Crosstabulatio

Count		Tratamentos quimioterapia		Total	
		não fez quimioterapia	fez quimioterapia		
Tratamentos cirurgia	não fez cirurgia	Tratamentos não fez radioterapia	52	25	77
		radioterapia fez radioterapia	6	14	20
		Total	58	39	97
fez cirurgia	Tratamentos não fez radioterapia	182	14	196	
	radioterapia fez radioterapia	15	14	29	
	Total	197	28	225	

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

O facto dos doentes participarem na Decisão do protocolo clínico parece contribuir para uma melhor percepção da simpatia recebida: ($\chi^2=41,520$, $DF=14$, $Sig= 0,000$), situação em linha com Zeithalm (2000) e Bendapudi (2003) em contextos não clínicos.

O valor encontrado para a Idade ($\chi^2=44,960$, $DF=14$, $Sig= 0,000$) é dos mais interessantes pois possibilita várias leituras científicas de conformação de apontamentos de artigos mencionados na revisão de literatura como Larson (1999) e de resposta às dúvidas de Sixsmith (2007). Os dados são bastante lineares: jovens adultos (18 a 45 anos) com média de 8,21, adultos maduros (46 a 65 anos) 8,54 de média, e idosos (mais de 65 anos) 9,25 de média. Os resultados ajudam a confirmar os poucos estudos que analisam padrões de resposta de idosos, colocando-os como mais positivos nas avaliações em geral e em particular nos aspectos de relação. Esse padrão confirma-se aqui amplamente no contexto de saúde.

O Tempo de internamento impacta decisivamente na percepção da simpatia ($\chi^2=77,609$, $DF=21$, $Sig= 0,000$). Os que estão internados apenas por períodos até uma semana têm muito maior positividade (9,18 em média) do que aqueles que estão entre uma semana e um mês (8,67) e, mais ainda dos que estão há mais de um mês (7,86). Desconhece-se a razão da causa de tal padrão, se é devida ao desgaste emocional provocado pelo tempo de internamento, se devido à gravidade do processo clínico que exige longos períodos de internamento, ou ainda à interação de ambas as causas.

A Profissão também apresentou diferenças intergrupais, ($\chi^2=211,758$, $DF=49$, $Sig= 0,000$) mas devido à colinearidade com a idade e escolaridade.

Relacionamento na prestação de cuidados de saúde

O padrão desta categoria foi similar ao da anterior, situação esperada por se revestir de elevada associação à simpatia e atenção dispensada ao doente. No entanto o correcto relacionamento com o doente não se esgota nem na simpatia, nem na atenção, e portanto tem de ser analisado enquanto categoria autónoma. Uma das consequências dessa autonomia é o aparecimento do género sexual como diferenciador, ($\chi^2=13,269$, $DF=7$, $Sig= 0,066$), onde as mulheres são um pouco mais cotadoras na categoria do que os homens.

A escolaridade repete o padrão anterior com os menos letrados a darem melhor classificação ($\chi^2=211,758$, $DF=49$, $Sig=0,000$).

A origem de Serviço do doente ($\chi^2=42,251$, DF=21, Sig=0,004), também apresenta grande diferenciação, mas pelas razões antes explicadas não se tecem em considerações acerca dos serviços.

Quem não fez radioterapia é muito mais positivo (média da resposta 9,14) do que quem passou por esse tratamento (8,43) de que resultou uma diferenciação expressiva: Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=14,097$, DF=7, Sig=0,049). Quanto aos Tratamentos de Quimioterapia ($\chi^2=18,960$, DF=7, Sig=0,008), ainda se extrema mais a diferença. Na Cirurgia o padrão, à semelhança do que sucedeu na “Simpatia”: quem a fez tem maior cotação do que quem a não sofreu ($\chi^2=12,861$, DF=7, Sig=0,076).

A Idade apresentou um padrão igual ao da categoria anterior ($\chi^2=30,522$, DF=14, Sig=0,006).

Na variável Tempo de internamento, a positividade das leituras também foi decrescendo à medida que se alonga o período temporal do internamento ($\chi^2=64,870$, DF=21, Sig=0,000), mas agora de forma independente do número de internamentos, o que conduz para uma interpretação divergente da de repetição de contacto. Parece ser uma consequência directa do estado de saúde degradado do sujeito, e presumindo que quem está muito tempo internado não estará a resolver o seu problema tão celeremente quanto aqueles que conseguem um rápido retorno¹⁰², estando pior, tenderão a ver a realidade como que através de um filtro negativo.

A Profissão continua a apresentar diferenciação ($\chi^2=186,594$, DF=49, Sig=0,000), em clara colinearidade com a formação escolar e a idade.

Atendimento personalizado

O Nível escolar do doente determina largamente a percepção da medida em que está a receber um atendimento personalizado ($\chi^2=56,937$, DF=27, Sig=0,001), a sequência de médias é bastante ilustrativa: doentes sem instrução ou com instrução básica não se

¹⁰² Nos casos agudos em que o doente fica em rápido estado de degradação não fazem parte da amostra pelos Protocolos Ético e de Inclusão.

distinguem e dão a mais elevada cotação (8,86 e 8,84 respectivamente), depois os que têm instrução secundária apresentam uma média de 8,34, e por último os que têm formação académica superior deram 7,74 pontos.

Uma vez mais, a Ginecologia com 8,9 e a Dermatologia com 9,1 pontos distinguem-se dos restantes Serviços ($\chi^2=65,379$, DF=27, Sig= 0,000), os quais obtiveram valores médios entre 8,2 e 8,3 pontos. Possivelmente ocorrem aqui os mesmos fenómenos aludidos na categoria Simpatia.

O padrão de percepção de personalização dos Tratamentos aos quais os doentes são submetidos segue o mesmo sentido das anteriores categorias: Radioterapia ($\chi^2=17,308$, DF=9, Sig= 0,044); Quimioterapia ($\chi^2=22,721$, DF=9, Sig= 0,007); e Cirurgia ($\chi^2=24,567$, DF=9, Sig= 0,003). O Grau de risco associado ao doente deu, nesta categoria pela primeira vez, sinal de diferenciação ($\chi^2=36,552$, DF=18, Sig= 0,006), com os doentes de mais baixo risco a pontuarem mais elevadamente (8,84), os de risco intermédio depois (8,61) e, por último, os doentes de alto risco com a visão mais negativa (8,56). Tal padrão é consonante com o facto de que como postulado, quanto pior se encontra o doente menos positivo ele tenderá a ser nas avaliações.

A Idade segue os anteriores padrões ($\chi^2=41,983$, DF=18, Sig= 0,001), assim como o Tempo de internamento ($\chi^2=60,243$, DF=27, Sig= 0,000), e o Número de internamentos ($\chi^2=47,275$, DF=36, Sig= 0,099). A Profissão é novamente importante por colinearidade ($\chi^2=140,240$, DF=63, Sig= 0,000).

Explicação da Doença

A explicação da doença ainda que correspondendo a uma cotação de sentido monodireccional, reveste-se de características diversas das de outras categorias. Uma Baixa (ou alta) cotação pode corresponder em pessoas diferentes, a sentidos diametralmente opostos: por exemplo, para um doente, um bom desempenho do hospital na categoria, pode ser manter-lhe escondida toda a informação, situação

típica das fases de denegação informativa¹⁰³, enquanto para outra pessoa poderá corresponder a uma informação exaustiva. Em suma, uma boa pontuação na categoria quer apenas corresponder ao cumprimento de uma sensação de necessidade do doente. Estasse portanto muito mais no âmbito da satisfação, do que da avaliação da qualidade do serviço. Verificaram-se diferenciações nalgumas VI's. O Nível escolar ($\chi^2=53,218$, DF=27, Sig= 0,002), onde as pessoas de baixa escolaridade sentem melhor preenchidas as suas necessidades informativas acerca da explicação da doença do que os que têm mais estudos (8,8; 7,9; e 7,3 respectivamente nos níveis de escolaridade primária, secundária e universitária). Isso aparece também na Cirurgia ($\chi^2=18,438$, DF=9, Sig= 0,030), em que os que tiveram de recorrer a essa técnica manifestaram menos pontuação, do que os que não necessitaram, ao contrário do padrão nas categorias anteriores desta variável independente.

A Idade manifestou impacto na categoria, ($\chi^2=38,051$, DF=18, Sig= 0,004), aumentado a cotação à medida que se progride na faixa etária (jovens adultos 8,07; adultos maduros 8,28; idosos 8,71) em consonância com a tendência geral da variável idade. O Tempo de internamento reflecte que quanto mais tempo se está internado menos os doentes cotam a categoria (até uma semana 8,41; entre uma semana um mês 8,24; mais de um mês 8,00) de que resulta uma impactação a considerar para uma efectiva compreensão do comportamento responsivo dos doentes ($\chi^2=46,795$, DF=27, Sig= 0,010). A Profissão voltou a ser colinear com as variáveis naturais manifestando por isso diferenciação ($\chi^2=157,706$, DF=63, Sig= 0,000).

Explicação da evolução da doença

A variável Sexo apresentou alguma diferenciação ou pelo menos uma manifestação de tendência ($\chi^2=14,103$, DF=8, Sig= 0,079), em que os homens apresentaram um valor médio superior (8,62 vs 8,14 das mulheres) quando tudo apontaria para uma redução: como se tem visto até ao momento, as pessoas com menos escolaridade e mais novas tendem a ser mais críticas; os homens são mais letrados e ligeiramente mais novos do

¹⁰³ *A denegação informativa é uma estratégia seguida pelos seres humanos quando não conseguem elaborar ideiação acerca de um assunto para eles traumático.*

que as mulheres da amostra. Este elemento interessa detalhar futuramente em pesquisa específica acerca desse assunto.

O Serviço a que o doente estava adstrito apresentou uma elevada diferenciação ($\chi^2=77,249$, $DF=24$, $Sig= 0,000$). Poderá esta separação indicar uma performance diferente dos Serviços no item particular, ou corresponder a vivências específicas inerentes às patologias. Nessa linha de pensamento aparecem os valores médios de cada serviço: 7,64 na cirurgia, 8,21 na ginecologia, e 8,73 na dermatologia.

A realização (ou espera) de intervenção cirúrgica determina nesta categoria, uma grande diferenciação ($\chi^2=31,877$, $DF=8$, $Sig= 0,000$), nos valores médios: quem já a fez, ou dela não necessita¹⁰⁴, sente-se muito mais confortável com a situação (8,68) do que quem aguarda intervenção (7,81). É muito provável que se esteja perante um fenómeno de ansiedade, o qual promoverá a diminuição da positividade perceptiva.

O Grau de risco exprime-se muito bem nesta categoria ($\chi^2=36,858$, $DF=16$, $Sig= 0,002$), com uma evidente relação com a taxa de risco: os de baixo risco apresentaram 8,72 pontos, os de médio 8,30, e os de elevado risco 7,93 pontos.

A Profissão tem um comportamento de diferenciação ($\chi^2=105,358$, $DF=56$, $Sig= 0,000$). As pessoas cuja actividade é compatível com baixa escolaridade (domésticas, trabalhadores indiferenciados, etc.) tendem a ser muito mais favoráveis com médias entre 9,07 e 8,33, comparativamente às pessoas com actividades profissionais de exigência escolar (de 8,53 a 7,11). Mas há um facto cujo comportamento é muito interessante: Os reformados, independentemente da sua antiga profissão ou escolaridade, são o grupo mais crítico (6,56), situação que repetidamente se tem vindo a assistir é contraditória com o facto de estarem entre estas pessoas os idosos, tradicionais altos pontuadores. Testou-se esse aspecto, e verifica-se que há uma grande diferença nas pessoas de idade, entre aquelas que trabalharam e as que não trabalharam. As pessoas que tiveram uma actividade profissional tendem a ter um

¹⁰⁴ Não há forma de separar correctamente os doentes neste critério. Apenas se sabe que num grupo se aguarda a realização de intervenção cirúrgica, e outro a terá feito recentemente.

padrão de resposta mais próximo dos sujeitos escolarizados, do que as pessoas que ficaram em casa. Não foi possível depois testar o efeito sexo em nova decomposição amostral pela pequena dimensão do grupo dos reformados.

Explicação de tratamentos

Mantêm-se a tendência com o Nível escolar a decair linearmente à medida que se progride na escolaridade ($\chi^2=40,973$, DF=27, Sig= 0,041). Tudo o que foi dito anteriormente sobre o Serviço nas outras formas de avaliar o factor explicação aplica-se a esta categoria ($\chi^2=72,303$, DF=27, Sig= 0,000).

A sujeição dos doentes a tratamentos “pesados” faz baixar o nível de cotação das avaliações relativas às explicações acerca dos tratamentos. Quem fez Tratamentos Radioterapia dá em média 8 pontos contra os 8,4 de quem não esteve sujeito a eles ($\chi^2=18,417$, DF=9, Sig= 0,031). O mesmo se passa com os doentes submetidos aos Tratamentos Quimioterapia ($\chi^2=15,873$, DF=9, Sig= 0,070). A intervenção cirúrgica não teve um padrão tão claro, pois aqui apenas consta uma forma de teste uniformizada pelo chi-quadrado. Testou-se de formas cruzadas cada categoria, e nessas houve testes com resultados positivos e outros com negativos, pelo que não há uma posição definitiva.

O Grau de risco incide fazendo decrescer o valor da cotação, à medida que aumenta o risco de morte (Baixo 8,85, Médio 8,27, Alto 8,21) de que resulta forte diferenciação ($\chi^2=42,571$, DF=18, Sig= 0,001). A Idade demonstrou o habitual padrão (menos de 45 anos 7,93; de 46 a 65 anos 8,10; e mais de 65 anos 8,73) de diferenciação muito significativa ($\chi^2=46,133$, DF=18, Sig= 0,000).

O padrão usual da Profissão em que se regista elevada colinearidade com o nível escolar não se verificou nesta vez, *havendo contudo diferenciação* ($\chi^2=149,871$, DF=63, Sig= 0,000). Houve níveis mais elevados nos grupos de trabalhadores qualificados (8,97), domésticas (8,91) e, os mais baixos, foram os reformados (6,54), os trabalhadores especializados (7,53) e, os quadros técnicos e superiores (7,65). Os restantes grupos profissionais tiveram padrões intermédios.

Escolhas das alternativas clínicas

O resultado obtido pela variável Serviço teve um enorme interesse e capacidade heurística. A diferenciação entre Serviços foi muito expressiva, ($\chi^2=55,891$, $DF=27$, $Sig= 0,001$), indicando alguns factos: o serviço que apresentou maior grau de cotação foi o de ginecologia, aquele dentre os trabalhados, em que a participação da doente é mais crítica, pela definição do seu corpo e identidade de género sexual com 8,57 pontos, surgindo depois os outros serviços entre 6,5, e 7,6 respectivamente na dermatologia e cirurgia.

Como o propósito desta pesquisa não foi a avaliação da prestação dos serviços clínicos onde se colheu os dados, mantêm-se em aberto a hipótese de haver desempenhos efectivamente diferentes entre eles. Embora com os dados recolhidos, ponderados por quase 3 anos de convívio com os Serviços em análise, se interprete os resultados como um efectivo melhor desempenho do Serviço de ginecologia nesta categoria, promovido pela importância implícita aos quadros clínicos, da participação das doentes na escolha dos protocolos, situação aí muito frequente.

Novamente surge o padrão no qual os doentes sujeitos a tratamentos rádio ou quimioterápicos tem mais baixa cotação do que os não que tiveram de os fazer, e ao contrário, quem fez uma abordagem cirúrgica inverte esse padrão. Assim, encontra-se diferenciação nos Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=18,850$ $DF=9$, $Sig= 0,026$), e nos de Tratamentos de Quimioterapia ($\chi^2=18,248$, $DF=9$, $Sig= 0,032$), respectivamente com 7,85 vs 6,50 e 7,87 vs 6,85 pontos. E na Cirurgia ($\chi^2=18,350$, $DF=9$, $Sig= 0,031$), com média de 7,31 vs 7,82.

Conforme a teoria *option-choosing* prevê, quando os clientes neste caso os doentes, foram envolvidos na tomada de Decisão, os valores médios tendem a ser superiores do que quando as decisões de escolha são apenas do médico - 8,33 vs 7,13 - de que resultou forte diferenciação ($\chi^2=26,241$, $DF=9$, $Sig= 0,002$).

O Grau de risco foi uma categoria que apresentou uma diferenciação expressiva ($\chi^2=32,997$, $DF=18$, $Sig= 0,017$), com um padrão em U invertido. Não há diferenças entre médio e alto risco, mas sim entre estes e os de baixo risco - 7,1 vs 7,8 e 8,0. Há

uma forte colinearidade dos resultados com a origem dos Serviços, porque o estado de gravidade do doente é muitas vezes endógeno e adstrito a um serviço específico. Para que haja uma efectiva clarificação dos resultados impõem-se pesquisa apropriada e uma amostra construída em moldes diferentes.

O Tempo de Internamento manifestou-se na categoria com o padrão já verificado, em que quanto mais tempo o doente está internado, mais tende a decair o seu nível de apreciação do serviço que lhes está a ser prestado ($\chi^2=39,093$, DF=27, Sig= 0,062), o mesmo se passando com o número de internamentos ($\chi^2=50,903$, DF=36, Sig= 0,051).

Fica-nos a ideia de que a percepção de duração temporal não tem de ser necessariamente ininterrupta, pois que quem faz várias cirurgias não as realiza de seguida, podendo passar-se meses ou anos entre elas. Este é um facto muito interessante nunca encontrado em qualquer artigo dentro ou fora do campo da saúde, e que alerta para a contaminação temporal dos efeitos de prestação dos Serviços. A querer serem alargáveis os resultados a outras realidades obteriam um efeito de continuidade perceptiva quando há descontinuidade temporal real. Considera-se este facto um dos mais apetecíveis aspectos de exploração futura a partir da Tese, na medida em que, se confirmado, remete para a junção de mais uma peça na compreensão profunda da estrutura da satisfação e da percepção de qualidade: o papel da memória emocional.

O grupo dos reformados teve aqui uma das maiores diferenciações de todas as categorias, com uma média de apenas 4,71, perante uma média geral de quase 8 pontos. Fica mesmo a dúvida de saber se eles têm um padrão próximo dos sujeitos mais letrados da amostra, se os passam e apenas reflectem um padrão amargo da realidade. Os restantes grupos profissionais tiveram comportamentos distintos mas próximos ($\chi^2=119,261$, DF=63, Sig= 0,000).

Imagem estigmatizada do hospital

Esta variável independente foi a que deu mais trabalho e sofreu com a perda do conceito *gap*. A questão de ter ou não o nome do hospital associado à doença tinha surgido durante a fala com os doentes nas Fases I e II como algo negativo, que um

bom hospital deveria evitar. Portanto coloca-se a questão de saber qual o sentido em que os doentes cotaram a pergunta. Quando formulada foi no sentido em que tinha aparecido nas fases anteriores, e intuitivamente verificou-se que também era esse o sentido nas entrevistas desta terceira fase mas, em rigor, a pergunta segue o padrão das respostas ao ser afirmativa. Portanto, assumindo esta limitação, é interpretada no sentido global que os doentes lhe deram: quanto mais identificado com o cancro for o nome do hospital, mais estigmatizante os doentes o sentem.

O Tempo de internamento apresentou o padrão onde quanto maior o tempo de internamento, menos os doentes sentem essa colagem estigmatizante: os doentes recém internados dão a cotação média máxima de 8,40. Seguem-se os doentes com estadia intermédia 8,0 e, por fim, os doentes que estão internados há mais de um mês com 6,90 pontos ($\chi^2=42,870$, $DF=27$, $Sig= 0,027$). Ficou-se com a ideia de que, ao início do internamento, custa mais aos doentes o contacto com o nome da doença no nome do hospital e a assumpção de que estão internados num hospital tão conotado com o cancro, e que, com o tempo se vão habituando, dando menos importância à questão.

A diferença encontrada na Profissão ($\chi^2=150,436$, $DF=63$, $Sig= 0,000$) foi largamente devida à baixa pontuação atribuída pelos reformados (5,72), enquanto os restantes ficaram entre 8,97 e 8,03. O valor encontrado, pelo seu extremismo, reforça a leitura de um padrão de resposta amargo, não necessariamente reflector de uma avaliação objectiva. Para além da questão humana que exprime sofrimento interno revertido num padrão avaliativo muito cáustico com tudo, o perfil de resposta conduz a uma outra reflexão, que é a de se perceber que o estado intrínseco do respondente pode, numa avaliação de qualidade de serviço e/ou satisfação, manifestar mais o estado interno dos sujeitos do que a prestação do serviço.

Instalações

As instalações foram uma das variáveis que mais demonstraram capacidade de diferenciação intergrupar. O Número de internamentos a que os doentes estão sujeitos leva-os a uma apreciação decrescente da qualidade das instalações: 7,81 para a primeira vez; 7,27 no segundo internamento; para depois estabilizar nos três

internamentos e em retornos sucessivos respectivamente 6,69 e 6,70, de que resultou uma forte diferenciação ($\chi^2=136,124$, DF=90, Sig= 0,001).

Quanto à sujeição aos tratamentos mais invasivos, verificou-se o habitual padrão no qual, quem fez Tratamentos de Quimioterapia a ter uma valorização mais baixa do que quem não a fez ($\chi^2=18,547$ DF=9, Sig= 0,029), e o inverso na Cirurgia ($\chi^2=24,448$, DF=9, Sig= 0,004). Desta vez não houve registo na Radioterapia.

A Idade foi muito diferenciadora ($\chi^2=62,253$, DF=18, Sig= 0,000), com os mais jovens e serem muito mais exigentes do que os mais velhos: os sujeitos com menos de 45 anos deram apenas 6,10 enquanto os que estão entre essa idade e os 65 anos deram 7,35 e, finalmente, os idosos atribuíram 8,27 pontos. O Nível escolar até por estar em grande paralelismo com a idade apresenta o mesmo padrão das categorias anteriores: quanto menor a escolaridade melhor a percepção de desempenho do serviço ($\chi^2=69,296$, DF=27, Sig= 0,000).

A Profissão registou as habituais colinearidades resultando em forte diferenciação ($\chi^2=130,102$, DF=63, Sig= 0,000).

Capacidade Tecnológica

A percepção de capacidade tecnológica é distinta por Nível escolar ($\chi^2=69,394$, DF=21, Sig= 0,000), mas com a ênfase somente num separador: aqueles que têm instrução primária ou menos, e os que têm instrução secundária ou superior. Os primeiros têm uma percepção mais positiva do que os segundos.

O Serviço onde o doente estava vinculado foi também elemento separador ($\chi^2=52,790$, DF=21, Sig= 0,000). Porém, alertamos que a percepção de capacidade tecnológica é seguramente mediada pela parafernália de equipamentos às quais o doente está exposto, e esta varia de Serviço para Serviço. Sendo a capacidade tecnológica um elemento importante para a modelização das percepções da qualidade de serviço, deve contudo ser sempre ponderada caso a caso, com a nuance que dependendo de cada situação clínica, assim o doente está (ou não) exposto a maior visibilidade tecnológica.

Assume-se um pressuposto não científico: o doente tenderá a ter tão maior reconhecimento de capacidade tecnológica quanto mais a presenciar. Sendo uma questão de bom senso, e com alguma fundamentação na experiência acumulada principalmente nos EUA com a aplicação do TecQual, falta saber conforme sucede nalguns ramos de actividade económica, onde a identificação com a tecnologia decorre do *word-of-mouth* acerca dessa entidade corporativa Amy Ostrom (2000). Crê-se que na saúde, e para mais com uma esmagadora maioria dos doentes com nulos ou muito limitados conhecimentos académicos, o conhecimento do que é ou pode ser uma capacidade tecnológica hospitalar, será muito mediatizado pela experiência sensorial.

Novamente o efeito de a pessoa estar internada repetidamente, conduz a um progressivo abaixamento das cotações. Em consequência desse efeito, o Número de internamentos determinou uma forte separação entre as várias classes ($\chi^2=93,270$, DF=70, Sig= 0,033), os que apenas estiveram internados uma vez deram uma média de 8,93, os que foram internados duas vezes deram 8,64, três vezes 8,63, mais vezes 7,65. Interpreta-se o decaimento como o resultado de algum efeito de surpresa e desconhecimento num primeiro contacto com as aparelhagens. Após essa surpresa o doente habituar-se-á dando por isso menor destaque nas suas pontuações.

Os tratamentos impactaram dentro do padrão habitual: Tratamento com Radioterapia ($\chi^2=13,418$, DF=7, Sig= 0,063) e Tratamentos com Quimioterapia ($\chi^2=39,079$, DF=7, Sig= 0,000), diminuem a percepção de prestação de serviço em quem passou por eles, por comparação a quem não foi submetido a essas terapias. Na Cirurgia, quem a fez tem médias mais altas do que quem não fez ($\chi^2=25,543$, DF=7, Sig= 0,001).

A Idade seguiu também o perfil de anteriores categorias: ($\chi^2=33,833$, DF=14, Sig= 0,002), tal como a Profissão ($\chi^2=164,539$, DF=49, Sig= 0,000) e o Tempo de internamento ($\chi^2=44,898$, DF=21, Sig= 0,002).

Relacionamento proporcionado na enfermaria

Esta foi uma das poucas categorias em que a variável Sexo teve capacidade discriminante ($\chi^2=17,098$, DF=7, Sig= 0,017), colocando as mulheres com um valor

médio superior ao dos homens (respectivamente 9,14 e 8,71). Já no nível escolar o padrão é o usual, por ordem decrescente, com um valor separador nos que têm ensino primário ou menos, depois surgem os que têm o nível secundário, e por último os que têm qualificações universitárias ($\chi^2=52,753$, $DF=21$, $Sig= 0,000$). A Dermatologia e a Ginecologia obtiveram melhores resultados dos que os restantes Serviços ($\chi^2=64,385$, $DF=21$, $Sig= 0,000$), contudo resguardamo-nos de outros comentários por razões de ética e de conhecimento objectivo. A abordagem aos tratamentos foi a habitual: Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=25,053$, $DF=7$, $Sig= 0,001$), Tratamentos de quimioterapia ($\chi^2=40,487$, $DF=7$, $Sig= 0,000$) e invertendo os anteriores na Cirurgia ($\chi^2=28,581$, $DF=7$, $Sig= 0,000$).

Quando a decisão do protocolo clínico foi conjunta, aumentou a percepção de qualidade do relacionamento na enfermaria, face aqueles casos em que foi o médico a tomar a decisão ($\chi^2=14,971$, $DF=6$, $Sig= 0,020$). A Idade também manifestou o padrão em que os mais velhos são mais cotadores ($\chi^2=25,857$, $DF=14$, $Sig= 0,027$). O Tempo de internamento mostrou um padrão em que há um declínio das cotações à medida que o doente permanece internado. Nesta categoria regista-se um afundamento nos resultados a partir de um mês de permanência no hospital, ($\chi^2=58,242$, $DF=21$, $Sig= 0,000$); com 9,23 pontos, até uma semana de internamento; 9,03 entre uma semana e um mês; e 7,90 pontos nos internados há mais de um mês. A Profissão apresentou o habitual padrão ($\chi^2=190,301$, $DF=49$, $Sig= 0,000$). A variável Tempo total da doença, manifestou-se com um declínio de cotação na categoria, entre os doentes que já convivem com a doença há 5 ou mais anos ($\chi^2=37,926$, $DF=21$, $Sig= 0,013$).

Para não se estar permanentemente a repetir, não se indicará os valores das categorias que repitam padrões já citados, fazendo apenas nota de casos que apresentem padrões diferenciados, ou se a situação por algum motivo o justificar. De qualquer modo todos os processamentos constam no Anexo 9.

Conforto

O Nível escolar apresentou o habitual padrão ($\chi^2=78,024$, $DF=24$, $Sig= 0,000$), tal como o Serviço de origem dos doentes ($\chi^2=44,273$, $DF=24$, $Sig= 0,007$), aqui com as reservas de comentário citadas. O mesmo se passando com os tratamentos:

Tratamentos de Quimioterapia ($\chi^2=18,309$, DF=8, Sig= 0,019), Cirurgia ($\chi^2=19,919$, DF=8, Sig= 0,011), mas não na radioterapia. Repetem-se os padrões com a VI's, Idade ($\chi^2=40,401$, DF=16, Sig= 0,001), Tempo de internamento ($\chi^2=44,070$, DF=24, Sig= 0,007), e Profissão ($\chi^2=143,242$, DF=56, Sig= 0,000).

Exposição ao sofrimento dos outros

O Nível escolar apresentou o padrão anterior ($\chi^2=71,351$, DF=27, Sig= 0,000), com as classes por ordem crescente de formação, a registarem as seguintes médias: 8,09; 7,36; 6,36; 6,14. O mesmo se passou com a Profissão / ocupação ($\chi^2=120,792$, DF=63, Sig= 0,000) e a idade ($\chi^2=43,502$, DF=18, Sig= 0,001). O Serviço registou diferenciação, mas apenas devido aos sujeitos provenientes de outros Serviços hospitalares para além dos três principais. Por isso não há pronúncia particular: ($\chi^2=42,743$, DF=27, Sig= 0,028).

Tempo total da doença manifestou um impacto muito interessante ($\chi^2=42,139$, DF=27, Sig= 0,032), na medida em que esta categoria tem inequivocamente uma componente estética e projectiva. Os indivíduos no seu primeiro ano da doença apresentaram uma maior dificuldade em suportar a presença de outrem em sofrimento (6,97), situação que melhora após esse período. Naqueles que têm uma doença oncológica entre 1 e 5 anos registaram-se 7,63 pontos, para depois decair para os 6,65. O perfil é coincidente com a evolução da doença oncológica: no início a dificuldade de integração do quadro clínico, depois adaptação à realidade, por último confrontação com a realidade de alta probabilidade de morte que eventualmente se aproxima¹⁰⁵.

Comunicação fácil

Nível escolar tal como é costume agrupou por ordem decrescente consoante o grau académico ($\chi^2=41,733$, DF=27, Sig= 0,035). De igual modo surgiu a Idade: ($\chi^2=59,310$, DF=18, Sig= 0,000) e a Profissão ($\chi^2=149,715$, DF=63, Sig= 0,000).

¹⁰⁵ Não é imediata a relação de tempo de doença com a morte. Deve-se tomar em consideração a mortalidade associada a cada quadro clínico, e o facto de cerca de 50% dos doentes resolverem positivamente a situação. No entanto em valores médios para a doença oncológica, o padrão é o descrito no texto.



Profissionalismo dos funcionários

O mesmo sucedeu com Nível escolar nesta variável ($\chi^2=48,020$, DF=18, Sig= 0,000) e a Idade ($\chi^2=30,829$, DF=12, Sig= 0,002).

A diferenciação entre Serviços agrupou Ginecologia e Dermatologia, depois a Cirurgia, e por último o grupo dos restantes serviços: ($\chi^2=38,729$, DF=18, Sig= 0,003). Pelas razões éticas a seu tempo aduzidas, não haverá comentários valorativos do desempenho dos profissionais dos serviços onde se trabalhou.

Mais uma vez, quem fez os protocolos clínicos com recurso a Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=12,260$, DF=6, Sig= 0,056) e Quimioterapia ($\chi^2=12,017$, DF=6, Sig= 0,062), tem uma percepção muito mais negativa do que quem fez Cirurgia ($\chi^2=18,714$, DF=6, Sig= 0,005), onde o padrão se inverte.

O Tempo de internamento promove uma descida das avaliações à medida que o doente permanece internado ($\chi^2=55,204$, DF=18, Sig= 0,000). Entre os doentes que convivem com a doença há menos de um ano, o valor médio do reconhecimento do profissionalismo dos funcionários do IPO foi de 9,17 pontos em 10 possíveis. Nos doentes com períodos de doença entre 1 e 5 anos baixa para 9,10, e os que estão doentes há mais de 5 anos torna a baixar para 8,63.

Novamente as pessoas provenientes de profissões de baixa qualificação juntamente com as domésticas atribuem uma pontuação muito mais elevada do que aqueles cujas profissões exigem algum grau de sofisticação escolar ou profissional ($\chi^2=163,327$, DF=42, Sig= 0,000). Porém, os reformados à semelhança de em muitas outras variáveis, cotarem muito abaixo de qualquer outro grupo ocupacional/profissional, sendo por isso responsáveis por larga parte da diferenciação.

Alteração de data de consulta

Na tradição de que os protocolos clínicos têm impactação na percepção da qualidade de serviço e na geração da satisfação, também esta variável manifestou esse padrão onde quem faz quimio e radioterapia, atribui valores médios inferiores do que aqueles que não o fizeram: Tratamento Radioterapia ($\chi^2=14,116$, DF=8, Sig= 0,079), cujos

valores médios foram respectivamente de 8,33 e 8,96. No Tratamento com Quimioterapia ($\chi^2=16,427$, DF=8, Sig= 0,037), com valores médios de 9,00 e 8,33. A prática de cirurgia indica-se pela negativa pois quem a fez tem maiores valores do que quem não a fez: 8,97 e 8,60, embora com valores de diferenciação muito pequenos, apenas da carácter tendencial ($\chi^2=13,431$, DF=8, Sig= 0,098).

O Tempo de internamento manifestou flutuações curiosas ($\chi^2=54,413$, DF=24, Sig= 0,000). Os doentes ao chegarem ao hospital apresentam valores (embora alto em termos absolutos) médios comparativamente aos restantes dois grupos (8,79). Depois adaptam-se e melhoram o valor médio até 9,10 para os que estão internados entre 1 e 4 semanas; para depois cair abruptamente para os 7,67. A Profissão/ocupação seguiu o padrão habitual ($\chi^2=172,382$, DF=56, Sig= 0,000).

Articulação dos serviços

O Nível escolar volta a demonstrar que as pessoas de mais baixa escolaridade dão melhor pontuações do que as de mais alta qualificação, e que quanto mais sobe a escolaridade, mais decai o valor médio da avaliação ($\chi^2=46,830$, DF=21, Sig= 0,001).

Os Serviços apresentam diferenciação ($\chi^2=35,216$, DF=21, Sig= 0,027), mas ela é originada principalmente pelos doentes de outros Serviços que não os três principais utilizados, pelo que não se justifica detalhar a situação.

O protocolo clínico teve o padrão de respostas habitual: Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=20,542$, DF=7, Sig= 0,005); Tratamentos de Quimioterapia ($\chi^2=20,055$, DF=7, Sig= 0,005); e Cirurgia (mais uma vez na ordem inversa ($\chi^2=17,130$, DF=7, Sig= 0,017)).

A percepção de qualidade na articulação dos Serviços foi muito manifesta na variável idade ($\chi^2=48,408$, DF=14, Sig= 0,000), com os mais novos a atribuírem valores bastante abaixo dos mais velhos: 7,48; 8,54; e 8,96 respectivamente nas três classes etárias.

A permanência de internamento no hospital tem impactação decrescente na pontuação atribuída. À medida que os doentes vão passando mais tempo internados, diminuem os valores médios de forma expressiva, ($\chi^2=49,454$, $DF=21$, $Sig= 0,000$). Nos primeiros dias dão um valor médio de 8,80 e, passadas umas semanas, baixa para 8,40 e, naqueles que permanecem para além de um mês, torna a baixar para 7,95. A Profissão manifestou o padrão usual ($\chi^2=156,682$, $DF=49$, $Sig= 0,000$).

Tempo de espera mínimo para a consulta

Esta foi uma das poucas questões em que o género sexual se manifestou com diferenciação estatística ($\chi^2=22,036$, $DF=9$, $Sig= 0,009$). Acreditando que o hospital não faça esperar mais um género sexual do que o outro, as diferenças têm uma essência perceptiva. Nessa óptica as mulheres demonstraram maior complacência com os tempos de espera do que os homens, o que resultou em valores médios bastante diferenciados: as mulheres deram um valor médio de 7,65 e os homens de 7,16. Este padrão é compatível com o conhecimento neuroquímico (ainda mal) conhecido da área de comportamento do consumidor, no qual se apurou que em situação de aquisição de produtos, os homens segregam a hormona vasopressina geradora de stress e desconforto, enquanto as mulheres, para a mesma aquisição, segregam a hormona prolactina que lhes confere a sensação de relaxamento e bem-estar¹⁰⁶. Transpondo esse conhecimento para a aquisição de serviços (situação ainda não estudada) obtém-se o padrão comportamental acima descrito.

O Nível escolar dos doentes teve outra vez uma relação inversa decaindo a pontuação de uma forma quase linear à medida que se progride na escolarização ($\chi^2=42,770$, $DF=27$, $Sig= 0,028$).

Registou-se grande diferenciação em torno da variável Serviço, ($\chi^2=63,935$, $DF=27$, $Sig= 0,000$). Isso deveu-se a que houve forte diferenciação dos doentes provenientes dos três Serviços designados para o estudo, e entre estes e os de outros Serviços. No primeiro caso não houve a análise detalhada por razões éticas, no segundo porque o

¹⁰⁶ Estudos ainda a decorrer na London City University no departamento de comportamento do consumidor

número de doentes de cada um desses Serviços na amostra é muito reduzido, impossibilitando qualquer extracção de conclusões.

O protocolo clínico também impactou nesta variável com padrão similar a todas as anteriores: Tratamentos Radioterapia ($\chi^2=17,384$, DF=9, Sig= 0,043), Tratamentos Quimioterapia ($\chi^2=25,448$, DF=9, Sig= 0,003); e de Cirurgia ($\chi^2=25,534$, F=9, Sig= 0,002) com padrão inverso. A Idade teve nesta variável uma das situações mais extremadas ($\chi^2=34,738$, DF=18, Sig= 0,010), com os sujeitos até aos 45 anos a cotarem 6,11; os de 46 a 65 a darem 7,38; e os idosos a atribuírem 7,92.

No Tempo de internamento, quanto mais se prolongou a estadia (medida até à data de registo) maior descida de cotação média ($\chi^2=62,697$, DF=27, Sig= 0,000). O mesmo se passou com o Número de internamentos ($\chi^2=55,211$, DF=36, Sig= 0,021) e com o Tempo total da doença ($\chi^2=52,120$, DF=27, Sig= 0,003). Ou seja, nesta variável quanto mais tempo passa, mais os doentes tendem a cotar pior nas escalas.

A Profissão apresentou o usual padrão, com a nuance de que desta feita, os quadros superiores conseguiram dar uma pontuação menor do que a dos reformados ($\chi^2=152,365$, DF=63, Sig= 0,000).

Tempo de espera mínimo para exames

A diferença entre avaliações de Serviço deve-se à presença de doentes recebidos de outros locais para além dos três atribuídos ($\chi^2=62,324$, DF=27, Sig= 0,000). O Número de internamentos impacta nesta variável com três níveis de resposta: aqueles que estiveram internados pela primeira vez dão o valor mais elevado; com 2 ou 3 internamentos dão valores quase iguais, mas mais baixos do que no caso anterior; e, por último, aqueles doentes que passaram por mais de 3 internamentos, os quais voltam a baixar o nível de cotação média da resposta ($\chi^2=115,546$, DF=90, Sig= 0,036).

A realização do protocolo clínico teve a habitual afectação: Tratamentos Quimioterapia ($\chi^2=41,381$, DF=9, Sig= 0,000), Radioterapia ($\chi^2=32,160$, DF=9, Sig= 0,005), e Cirurgia na inversa ($\chi^2=34,574$, DF=9, Sig= 0,000).

O locus de tomada de decisão clínica manifestou-se de maneira diferencial ($\chi^2=26,297$, DF=18, Sig= 0,027), com os casos em que a decisão foi conjunta a receberem maior favorabilidade do que aquelas em que só o clínico decidiu. Na variável Idade encontrou-se novamente a relação directa entre idade e cotação média ($\chi^2=49,584$, DF=18, Sig= 0,000).

O Tempo de internamento também manifestou o usual decaimento progressivo ($\chi^2=43,430$, DF=27, Sig= 0,024). O número de internamentos apresentou uma divisão: aqueles que estão no seu primeiro internamento, e os doentes que vão no seu segundo (ou mais) internamentos ($\chi^2=53,161$, DF=36, Sig= 0,033): o tempo total da doença evidenciou nesta variável que quanto mais tempo passa desde o aparecimento da doença, menor será a cotação média ($\chi^2=47,286$, DF=27, Sig= 0,009). A Profissão teve o padrão habitual ($\chi^2=140,718$, DF=63, Sig= 0,000).

Confiança nos médicos

Verificam-se dois grupos de dois Serviços hospitalares: Ginecologia + Dermatologia, e Cirurgia + Restantes proveniências, gerando clara diferenciação ($\chi^2=54,393$, DF=24, Sig= 0,000). Pelas razões antes aduzidas não há pronúncia acerca do facto.

A Confiança nos médicos parece ser também afectada pelo protocolo clínico: À semelhança de muitas outras variáveis, os Tratamentos com Radioterapia ($\chi^2=18,195$, DF=8, Sig= 0,020) e Tratamentos de Quimioterapia ($\chi^2=17,606$, DF=8, Sig= 0,024), geram percepções mais negativas do que quem fez os tratamentos por via da cirurgia ($\chi^2=19,836$, DF=8, Sig= 0,011). O facto em si é muito curioso na medida em que os médicos que prescrevem um ou outro tratamento são exactamente os mesmos remetendo para a proposição de existência de filtro perceptivo.

Do mesmo modo, a Decisão do acto clínico afecta a confiança que se tem no médico, quando o médico toma a decisão em conjunto com o doente obtém melhor relação de confiança (9,51) do que quando a toma sozinho (9,10), donde resulta uma expressiva diferenciação estatística ($\chi^2=27,297$, DF=16, Sig= 0,038).

A Idade demonstrou o padrão habitual em que quanto mais novo se é, pior pontuação se tende a dar ($\chi^2=34,091$, DF=16, Sig= 0,005). Do mesmo modo o Tempo de internamento, demonstrou que quanto mais tempo se passa internado, pior se tende a cotar, ($\chi^2=76,797$, DF=24, Sig= 0,000). Na Profissão encontrou-se o padrão de resposta já referido ($\chi^2=244,025$, DF=56, Sig= 0,000).

Confiança nos enfermeiros

O grau de confiança nos enfermeiros é afectado pelo Nível escolar do paciente ($\chi^2=43,779$, DF=24, Sig= 0,008): quanto mais escolarizado este é, menor o valor expectável. A tipologia dos Tratamentos repete o padrão: Radioterapia ($\chi^2=23,467$, DF=8, Sig= 0,003), Quimioterapia ($\chi^2=21,475$, DF=8, Sig= 0,006), e cirurgia na inversa com ($\chi^2=14,620$, DF=8, Sig= 0,010). O mesmo se passa com a Idade ($\chi^2=43,044$, DF=16, Sig= 0,000), no Tempo de internamento ($\chi^2=71,735$, DF=24, Sig= 0,000), Número de internamento ($\chi^2=59,676$, DF=36, Sig= 0,002) e Profissão ($\chi^2=219,496$, DF=56, Sig= 0,000).

Confiança nos outros profissionais

A confiança nos outros profissionais com os quais o doente convive, tem exactamente o mesmo comportamento do que nas variáveis associadas à Confiança dos restantes profissionais de saúde: Nível escolar ($\chi^2=64,150$, DF=27, Sig= 0,000), Serviço ($\chi^2=54,986$, DF=27, Sig= 0,001), Tratamentos de Radioterapia ($\chi^2=22,496$, DF=9, Sig= 0,007), Tratamento de Quimioterapia ($\chi^2=28,221$, DF=9, Sig= 0,001), Realização de Cirurgia ($\chi^2=28,179$, DF=9, Sig= 0,001), Tomada de Decisão ($\chi^2=33,248$, DF=18, Sig= 0,016), Idade ($\chi^2=32,810$, DF=18, Sig= 0,018), Tempo de internamento ($\chi^2=74,441$, DF=27, Sig= 0,000), Número de internamento codificado ($\chi^2=48,016$, DF=36, Sig= 0,087) e Profissão ($\chi^2=210,640$, DF=63, Sig= 0,000).

Confiança no hospital

A Confiança no Hospital apresentou o mesmo padrão. Apesar de ser um conceito diferenciado do da confiança que se tem nos profissionais, na medida em que a primeira incide numa entidade imaterial e a segunda nos vários protagonistas profissionais, os quais mantêm uma relação de natureza pessoal: Nível escolar ($\chi^2=48,681$, DF=21, Sig= 0,001), Tratamento com Quimioterapia ($\chi^2=13,340$, DF=7,

Sig= 0,054), Tratamento de Cirurgia (inverso às restantes terapias), ($\chi^2=13,623$, DF=7, Sig= 0,058), Tomada de Decisão clínica ($\chi^2=23,865$, DF=14, Sig= 0,048), Idade ($\chi^2=32,334$, DF=14, Sig= 0,004), Tempo de internamento ($\chi^2=67,255$, DF=21, Sig= 0,000), Números de internamento ($\chi^2=42,682$, DF=28, Sig= 0,037), Profissão ($\chi^2=184,140$, DF=49, Sig= 0,000) e Tempo total da doença ($\chi^2=31,980$, DF=21, Sig= 0,059).

Alimentação fornecida pelo hospital

A Alimentação tem uma impactação na amostra muito diferenciada do padrão da generalidade das restantes variáveis. O Nível escolar diferencia-se por, ao contrário dos restantes casos, os doentes analfabetos se distinguem dos de escolaridade primária, dando muito mais elevada pontuação: nos primeiros 9,15 e, nos segundos 7,86, para depois continuar a decair mas lentamente, com 7,51 para os sujeitos com ensino secundário e 6,56 para os que possuem formação universitária, de que resultou um quadro geral de diferenciação ($\chi^2=49,303$, DF=27, Sig= 0,005).

Do mesmo modo a Residência manifesta-se aqui, o que raramente sucedeu. São os doentes de origem rural quem melhor pontuação atribui (8,06) do que os urbanos (7,50). Ficou a intuição que se fosse possível classificar de outra forma a ruralidade visível nos doentes, nesta variável os valores seriam bastante superiores, pois que muitos doentes classificados como urbanos apenas o são de estatuto ($\chi^2=15,374$, DF=9, Sig= 0,081). Na Idade o padrão já foi o habitual, com os mais idosos a serem mais remuneradores ($\chi^2=36,513$, DF=18, Sig= 0,006) bem como na Profissão ($\chi^2=126,458$, DF=63, Sig= 0,000).

Lanche nos tempos de espera

Este item também incide na alimentação, mas tem características endógenas diferentes que o tornam uma ferramenta distinta na Gestão do Serviço. Enquanto a alimentação corrente do doente internado é algo implícito à sua condição de utilizador de serviços hoteleiros, o serviço de lanches, fornecido quando o doente está à espera de ser atendido, assume uma faceta de humanização da prestação global de serviço hospitalar. O facto de se dar de comer ao doente parece ser mais do que o acto em si. É algo de muito sensível para alguns doentes, que se presume (apenas fundamentados

nas conversas que com eles mantidas durante as entrevistas) serem pessoas que passaram por períodos muito difíceis, nalguns casos mencionando que passaram mesmo fome.

A variável Sexo voltou a manifestar-se ($\chi^2=31,645$, DF=9, Sig= 0,000), dando os homens mais importância do que as mulheres (9,09 vs 8,07). As diferenças que aparecem em Serviços ($\chi^2=87,515$, DF=27, Sig= 0,000) justifica-se com a grande diferença de pontuação média encontrada entre o serviço de ginecologia, por definição apenas frequentado por mulheres, do das pontuações nos restantes serviços onde existem homens, com destaque no de dermatologia onde a probabilidade associada de se ter doentes homens ou mulheres é idêntica. Ou seja, a diferenciação entre serviços decorre da composição relativa dos géneros sexuais dos doentes, e não das características intrínsecas deles.

Esta variável é a única em que os doentes que não fizeram uma Cirurgia têm mais alta pontuação do que aqueles que a fizeram. A razão é simples, no pós-operatório a atenção que se dá à comida é muito menor, havendo frequentemente casos onde até está limitada ou interdita ($\chi^2=18,352$, DF=9, Sig= 0,031).

O Grau de risco teve aqui forte impactação ($\chi^2=45,471$, DF=18, Sig= 0,000), quanto maior for a gravidade potencial do doente, menos importância se atribui a este item de serviço. Nem é necessário recorrer a explicação científica. Todos sabem como se perde o apetite nas situações de doença, e portanto é fácil admitir que um doente de proximidade terminal esteja menos motivado para comer, do que outro com melhor prognóstico. O relevante da variável é que mesmo aqueles com muito mau prognóstico atribuem ainda assim um elevado valor à variável: 8,12; 8,14; e 9,12 respectivamente do pior para o melhor prognóstico. Faz-se contudo notar que há muitos homens no baixo risco, o que contribuiu para o aumento da positividade da amostra de menor risco. A distribuição da variável Idade é em U, com os mais novos e os mais velhos a darem maior pontuação do que a classe central ($\chi^2=40,577$, DF=18, Sig= 0,002).

O Tempo de internamento teve um padrão aparentemente contraditório com o que anteriormente se disse: O registo evidência que quanto mais tempo o doente está internado, maior importância vai atribuir à alimentação durante os tempos de espera. No entanto, a compatibilização das ideias vem com o facto de que os doentes que têm um historial de longos internamentos *diminuírem drasticamente a pontuação* ($\chi^2=122,897$, $DF=27$, $Sig= 0,000$). A explicação encontrada é a de que os doentes à medida que vão permanecendo internados darão progressiva importância aos cuidados de humanização que lhe vão sendo proporcionados. Porém aqueles doentes que estão numa situação gravosa serão menos sensíveis a estes aspectos. A distribuição não é porém linear. Nos doentes que “convivem” com um cancro recente, tendem a dar menos relevância e este aspecto, do que os seus pares com médias e longas relações de Tempo total da doença ($\chi^2=38,262$, $DF=27$, $Sig= 0,074$). Pode-se especular a existência de uma distribuição truncada, onde os casos muito graves falecem em menos de um ano, não podendo por isso entrar na contagem, mas não foi possível apurar esse eventual efeito. A Profissão denotou o padrão habitual: ($\chi^2=142,114$, $DF=63$, $Sig= 0,000$).

Apoio psicológico

Os resultados aqui obtidos foram dos que mais surpreenderam. Havia a expectativa de que as pessoas mais cultas estivessem mais abertas à importância de lhes ser proporcionada alguma forma de apoio psicológico. Ao contrário, foram as pessoas de menor escolarização quem de modo mais visível evidenciou essa necessidade, com excepção dos analfabetos: *Nível escolar* ($\chi^2=49,826$, $DF=27$, $Sig= 0,005$). Não invalida isto que todos eles considerassem importante tal apoio, o que é bem ilustrado pelo facto de que a menor das cotações ser de 6,94 pontos.

Embora não fosse aprofundada a essência de intervenção psicológica requerida, nem era esse o propósito da Tese, ficou a ideia de que a consumação do apoio psicológico assumia formatos diferentes conforme a escolaridade do entrevistado: nos de menor grau cultural, muitas vezes houve referência (espontânea) de que quem deveria proporcionar o apoio psicológico, seriam as freiras ou terceiras pessoas de comunidades religiosas, enquanto as pessoas mais instruídas mencionavam também espontaneamente a sua produção por profissionais de saúde mental.

Tal como sucedeu na generalidade dos itens em que a Idade se manifestou, os doentes mais novos têm a mais baixa atribuição de pontuação, e depois os valores vão progredindo à medida que se sobe no escalão etário ($\chi^2=52,026$, DF=18, Sig= 0,000).

Ao contrário, quando se prolonga o Tempo de internamento, diminui a percepção de que está a ser prestado um bom serviço no âmbito do apoio psicológico ($\chi^2=47,756$, DF=27, Sig= 0,008). Os que estão há menos de uma semana no hospital são os que cotam melhor (8,75), isto é, sentem como suficiente o que lhes é proporcionado, enquanto os que permanecem internados entre uma semana e um mês decaem para 8,19 e por último os que são doentes de longo internamento tornam a baixar para 7,55. A Profissão demonstrou o habitual padrão ($\chi^2=168,638$, DF=63, Sig= 0,000).

Presença de um familiar durante internamento

Embora haja diferenciação entre os Serviços clínicos ($\chi^2=54,791$, DF=27, Sig= 0,001), pelas razões antes apontadas não há pronúncia sobre a matéria. É muito clara a impactação do Grau de risco ($\chi^2=32,514$, DF=18, Sig= 0,019), onde as pessoas sujeitas a um nível de perigosidade menor, se sentem mais confortadas com a actual situação (8,17), do que as que estão num nível intermédio (7,56), e estas do que as que se encontram num alto nível de perigosidade (6,63).

Noutras variáveis registam-se tendências de diferenciação, mas quando submetidas a diferentes abordagens estatísticas adoptam posições diferentes nas linhas de demarcação usualmente utilizadas, pelo que se faz delas mera referência nominativa. Tempo de internamento ($\chi^2=53,239$, DF=27, Sig= 0,002), Número de internamento ($\chi^2=54,725$, DF=36, Sig= 0,024), e Profissão ($\chi^2=104,405$, DF=63, Sig= 0,001).

4.14.2. Comportamento das variáveis aglutinantes Satisfação e Qualidade de Serviço

O Quadro 53 resume o comportamento das variáveis de síntese, Satisfação e Qualidade de Serviço, através da análise de chi-quadrado face a cada uma das variáveis independentes. Verifica-se que praticamente todas elas têm capacidade discriminativa.

Centrando a atenção apenas nas variáveis que manifestaram capacidade diferenciadora, constata-se que houve grandes diferenças entre os doentes dos vários serviços, tanto na qualidade de serviço como na satisfação. Pelas razões antes aduzidas não se tecem comentários interpretativos acerca desta matéria ficando apenas a menção de que existem.

Quadro 53 – Comportamento das variáveis aglutinantes

Variável Independente	Satisfação	Qualidade de Serviço
Idade	0,000	0,001
Tempo de internamento	0,017	0,009
Número de internamentos	0,046	0,251
Tempo total da doença	0,004	0,022
Profissão	0,000	0,000
Sexo	0,345	0,653
Escolaridade	0,000	0,000
Residência	0,901	0,594
Serviço	0,000	0,000
Radioterapia	0,001	0,002
Quimioterapia	0,000	0,000
Cirurgia	0,008	0,026
Operação	0,840	0,359
Tomada de decisão sobre protocolos	0,088	0,151
Grau de Risco	0,195	0,614
Fase de internamento	0,059	0,360

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Novamente a diferenciação dos protocolos clínicos manifestou-se de sobremaneira com grande destreza entre os doentes que fizeram, ou não, as radio e quimioterapias com os segundos a darem muito mais pontuação do que os primeiros e, na cirurgia, a inverter o padrão. Ou seja, os que fizeram cirurgia a cotarem melhor do que os que não a realizaram.

No mesmo sentido de se manter o padrão encontrado nos itens de subescala do inquérito, quanto mais elevada é a idade do doente, tanto maior é a cotação que ele atribui às duas escalas de avaliação dos constructos.

À medida que aumenta o tempo de internamento dos doentes decaem as suas pontuações de qualidade de serviço e satisfação. No entanto, ao contrário do que sucede na generalidade dos itens desagregados, não há paridade entre esta subescala e o número de internamentos pois que nesta apenas é verdade para a avaliação da qualidade de serviço, não sucedendo o mesmo com a satisfação. A paridade volta a ser reposta quando se estabelece a comparação com o tempo total de doença, onde ambos os constructos são muito claramente diferenciados. Não se pode, contudo, fazer uma associação correlativa entre a duração dos tempos de internamento e a duração do tempo da doença porque, apesar de matematicamente ela existir, pode ser uma correlação espúria: em lugar de duas existências paralelas, há na descrição da realidade uma de duas entradas duplas, identificando-se doentes com pouco tempo de doença e longos internamentos (por exemplo, no cancro do pulmão) e de longo tempo de doença, com curtos internamentos (por exemplo, em muitos dos cancros dermatológicos).

O padrão que caracteriza as pontuações das diferentes profissões volta a ser muito heterogénea, contribuindo de modo decisivo para essa diferenciação o padrão dos reformados ser particularmente baixo e o padrão das domésticas ser particularmente elevado, mau grado a similaridade de idades.

Faz-se notar que pelo facto de existirem variáveis onde não se manifestaram diferenças nos constructos, isso sucede porque as várias classes manifestaram de modo homogéneo alta importância da qualidade de serviço e/ou da satisfação. Por

exemplo, na variável sexo, tanto homens como mulheres manifestaram a satisfação com a cotação do serviço acima dos 8,60 e a qualidade de serviço acima dos 8,20. Isto é, a ausência de diferenças é apenas devida a uma elevada atribuição de importância.

Nalguns poucos casos, verificaram-se assimetrias em que um dos constructos apresentou diferenciação perante uma variável independente, e o outro constructo, não. Um exemplo disso é o que sucedeu com a variável independente “fase de internamento”, onde a qualidade de serviço foi diferenciada quando separados os doentes no início da fase de internamento versus os que estão em fase de pré-saída, enquanto a satisfação não foi diferenciadora. Idêntica circunstância ocorreu ainda na tomada de decisão, e no número de internamentos conforme antes se tinha dito.

4.14.3. Aplicação do Modelo de equação estrutural (SEM) às variáveis dependentes

O conceito base da ferramenta SEM:

A abordagem aos problemas de variância com modelos de equações estruturais surgiu como resposta às limitações dos estudos com a análise factorial.

O Modelo SEM (structural equation model) mais de que um Modelo como o nome conduz a crer, incorpora dois sub-modelos designados por Modelo estrutural e Modelo de medida. O primeiro estabelece as relações entre as variáveis latentes, isto é, aquelas que não são observadas e que o modelo pressupõe existirem, e se estimam a partir das medições das variáveis endógenas. O segundo relaciona as variáveis latentes com as de medida.

Existem dois tipos de variáveis exógenas, as de erro, porque o modelo SEM pressupõe que todas as variáveis contêm erro, o qual pode ser igual a zero ou superior a esse valor, e as latentes, que correspondem ao constructo que está em teste.

As variáveis latentes são habitualmente designadas por “zona misteriosa dos modelos estruturais” (Arbuckle, J. K., 2006). A razão de tal mistério decorre do facto de que são uma construção abstracta que explicita aquilo que é construído epistemologicamente (o constructo), e designado de moto próprio, isto é, designa-se

algo com um determinado termo semântico, criando uma relação decorrente com as subescalas que o alimentam, e uma estrutura de correlações e co-variâncias com as restantes variáveis latentes.

Se confirmada a estrutura de relações, admite-se que o constructo está correcto. Há aqui um hiato epistémico, que é o de se ter a certeza de que a estrutura semântica tem exacta correspondência com a verdade expressa na estrutura matemática.

A segunda fonte de incertezas relaciona-se com a imberberidade da própria SEM. Conceptualmente as primeiras reflexões acerca da matéria datam dos anos 70 com os estudos acerca de variáveis latentes, Duncan (1975), Kenny (1979) e Ascher (1983) todos citados em Devellis (1999)¹⁰⁷. A fase seguinte foi a do Modelo Lisrel, designadamente da sua versão 7 em diante, Joreskog & Sorbom (1988). Pode-se considerar o SEM um “descendente” do LISREL, após o que se deu o seu alargamento aos diversos tipos de escalas com Steenkamp e Trijp (1991), a ponto de se tornar um Modelo de “moda”. Porém, só quando a ferramenta AMOS criada em 1995 se tornou minimamente prática para ser utilizada por leigos em programação se generalizou o seu emprego, o que se situa de 2002 em diante. Por isso é frequente os indicadores disponíveis para cada uma das fases interpretativas das SEM’s darem resultados muito diversos, por vezes contraditórios, ficando um pouco à sensibilidade do investigador seguir mais uma ou outra pista, conforme o quadro global dos resultados o indique, e sem dúvida a intuição o conduza. Além disso, aparecem com frequência resultados para os quais não se consegue arranjar explicação, e que poderão ser contraditórios com testes estatísticos específicos para um determinado procedimento. Por fim, falta a muitos dos testes empregues nas sub-etapas do SEM conhecimento que oriente o utilizador na interpretação dos outputs, em particular em tudo o que diga respeito a valores de transição. A solução encontrada foi a de se proceder a múltiplos testes em cada uma das sub-etapas.

O segundo nível do Modelo é constituído pela incorporação dos constructos enquanto agregados das questões, isto é, a construção do Modelo pressupõe que as variáveis

podem contribuir não só de forma directa para o resultado final, como funcionarem enquanto elementos representativos de conceitos mais difusos (daí o termo de variáveis latentes) acerca dos quais os sujeitos têm dificuldade em operacionalizar, mas que representam a essência do constructo.

O conjunto de variáveis dependentes tem pressuposto um elevado grau de ortogonalidade entre si, e particularmente entre as de constructos diferentes, ao mesmo tempo que se admitem relações de co-variação entre as variáveis latentes. Isto provoca, por exemplo, nas rotações matriciais, as saturações dos factores tendam a ser anormalmente puras tanto na aproximação a zero dos factores nas variáveis não relacionadas, como na majoração daquelas que têm relação.

Em vez da lógica de regressão, na qual se iguala um conjunto de variáveis mediante ponderadores a um resultado final, optou-se pela solução múltipla, no caso dual, sendo as instâncias conclusivas a Satisfação e a Percepção de Qualidade de Serviço. Havendo mais do que uma instância conclusiva, admite-se que para além das relações que cada uma tem com as variáveis latentes, podem estabelecer entre si relações de co-variação.

Construção do Modelo estrutural

No Modelo Estrutural figuram 26 escalas de avaliação relacionadas com a prestação do serviço de cuidados de saúde a doentes oncológicos, em ambiente hospitalar, outros tantos erros associados cada um a sua variável dependente, duas variáveis dependentes agregadoras (Satisfação e Qualidade de Serviço) também com os seus erros standard, seis variáveis latentes como variáveis intermediárias, respectivas variâncias e co-variâncias. A razão do número das variáveis e sua concatenação está inscrita nas fases IIb e III da pesquisa.

As variáveis endógenas contidas no Modelo (as observadas) são, seguindo os valores-código em que aparecem nos quadros, as quais correspondem às subescalas a que os doentes responderam no inquérito da fase III: *Confmedi; confenf; confout; relenfer; Instalaç; capatecn; conforto; alimento; explievo; explitra; esaltcli; imesthos; lanctees;*

¹⁰⁷ *Não se consultaram os originais na medida em que não constituem elemento de suporte da Tese*

exposofr; proffunc; aldacon; artservi; temmiex; satisf; qualid; simpaten; atendipe; recusau; explidoe; confhosp; temmicon; apoiopsi; faduinte; comfacil.

No caso em análise o Modelo Estrutural tem as seguintes variáveis latentes obtidas através de análise factorial exploratória (EFA) e reagrupamento qualitativo para criação de constructo SEM: Confiança; relação; gestão; explicações; técnica; psi; e as variáveis de erro (associada a cada variável endógena, mais as associadas às variáveis latentes de constructo): e1; e2; e3; e15; erro 8; erro 9; erro 10; e11; e19; e21; erro4; e5; erro 6; e23; e24; e27; e26; e12; e14; e13; e25; e18; e17; erro28; erro29; e28; e30; erro1; erro2.

Na apreciação das SEM's, a avaliação faz-se por fases, cuja ordem valida (ou não) a fase seguinte. Começando pela construção numérica do Modelo (por razões de praticidade e transparência utilizam-se os próprios *outputs* do programa Amos 6.

A equação criada para testar a estrutura dos dados correspondeu à imputação das subescalas submetidas aos doentes. A cada uma delas foi atribuída uma variável de erro. Criaram-se também seis variáveis latentes que agrupassem logicamente os resultados das subescalas¹⁰⁸ também elas dotadas de variáveis de erro. Os resultados das variáveis aglutinantes, satisfação e qualidade de serviço, são lançados como expressões globais intermediadas pelas variáveis latentes, também aqui foram criadas variáveis de erro associado de que resultou o seguinte quadro síntese:

mas tão só da sua instrumentação. Além disso não constam das bases de dados de Gestão.

¹⁰⁸ *Testaram-se algumas outras formas de aglutinação dos resultados quer por se admitir que em princípio poderiam ter sentido, quer por testar pela negativa formas de arranjo casuísticas. A forma aqui apresentada foi a que apresentou os melhores resultados na conjugação EFA-qualitativa.*

Quadro 54 – Definição do quadro de variáveis da equação estrutural

Number of variables in your model:	64
Number of observed variables:	29
Number of unobserved variables:	35
Number of exogenous variables:	35
Number of endogenous variables:	29

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Por último, trabalhou-se a estrutura de variâncias e co-variâncias entre as variáveis, endógenas e latentes, bem como entre estas, de que resultou o quadro síntese que se segue:

Quadro 55 – Mapa de relações entre variáveis da equação estrutural

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	32	0	3	0	0	35
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	35	15	32	0	29	111
Total	67	15	35	0	29	146

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Como nota de apoio ao quadro, especifica-se que “*weights*” são os parâmetros que receberão os pesos da regressão, e as variáveis surgem como “*unlabeled*” porque se pretende que possam assumir qualquer valor que venha a surgir. Por isso, são também designadas como variáveis livres.

Os modelos de SEM exigem que o número base de graus de liberdade seja $(NVE+NVL-1)$, ou seja, número de variáveis endógenas adicionada do número de variáveis latentes reduzida de uma unidade. Retirou-se esse grau de liberdade na variável “gestão”, tendo resultado o Quadro que se segue:

Quadro 56 – quadro-síntese de graus de liberdade do Modelo SEM

Number of distinct sample moments:	464
Number of distinct parameters to be estimated:	111
Degrees of freedom (464 - 111):	353

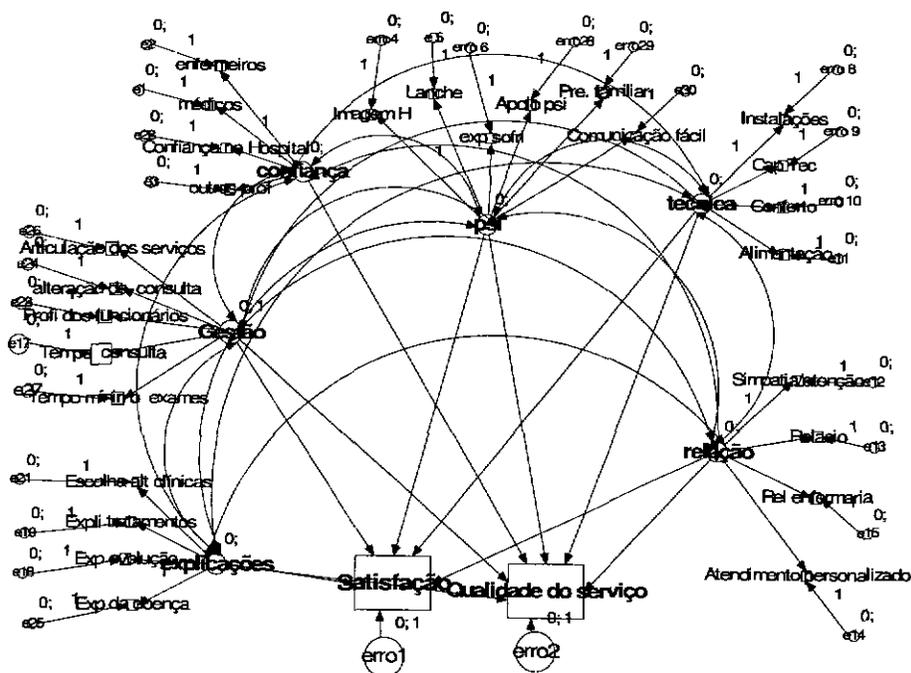
Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Na fase seguinte do aplicativo SEM são testados os principais indicadores estatísticos. Para este fim segue-se uma sequência clássica de *outputs* e passos, conforme recomendação do Manual de Aplicação do AMOS (2005). A versão computacional aplicada foi a do AMOS 6.

Foram aplicados conforme é usual e recomendável os vários tipos de Modelo escolhendo-se depois o que apresenta melhor *fit*. Esses valores constam na análise de *fit* adiante trabalhada. Optou-se por aplicar o modelo geral por ter sido a larga distância o que teve melhor desempenho na aderência.

O Modelo Base, conforme regras apresentadas no ponto sobre *design*, é explicitado graficamente de acordo com o normativo de SEM's na Figura 8:

Figura 8 – Expressão gráfica do Modelo de Equação Estrutural criado



Fonte: Output do processamento informático dos dados.

As linhas rectas significam impactação de variância, as linhas curvas na notação do Modelo SEM, significam a possibilidade de existência de co-variância.

Passando à leitura dos outputs de processamento do Modelo: O primeiro teste para se prosseguir é a análise que determina a possibilidade casuística dos resultados, o que é obtido por via do valor mínimo assumível no teste de chi-quadrado do Modelo. No caso do Modelo aplicado obteve-se um valor muito bom.

Chi-square = 1524,650;

Degrees of freedom = 353 ;

Probability level = ,000

Como o critério de aceitação das equações estruturais é para valores de probabilidade inferiores a 0,1 e este é de 0, pode-se garantir que haverá uma (ou mais) razões não devidas ao acaso que constroem os resultados, portanto há admissibilidade de emprego das SEM's. Deve-se contudo fazer notar que há autores (Bollen e Long 1993), que questionam a legitimidade de se utilizar o teste de chi-quadrado para um modelos tão complexos, apesar dessa crítica ser desde então generalizada ainda não apareceram testes alternativos mais vantajosos.

O segundo passo constitui-se do cálculo dos pesos regressivos de cada variável, dada a sua posição agregada à variável latente. Novamente se utiliza os próprios *outputs* do *software*.

Na primeira coluna do Quadro 57 encontra-se a variável tal qual foi codificada no programa AMOS 6, na segunda está a variável latente, à qual a variável dependente foi associada. Na terceira aparece o peso regressivo, isto é, o valor de incremento do item inscrito na primeira coluna, quando aumenta de uma unidade o valor da segunda coluna. Depois S.E. é o erro padrão aproximado, apesar de haver muitas limitações à validade do erro padrão nos modelos SEM, nenhuma das condições limitativas, segundo o manual de apoio de 2006 do AMOS, foi aplicável. C.R. é o rácio crítico, o qual corresponde ao valor que, se elevado ao quadrado, é igual ao valor que o chi-quadrado deve subir para manter a equivalência paramétrica em zero. P exprime a probabilidade de obter um valor de rácio crítico maior do que o indicado (em CR). Na notação do software emprega a probabilidade associada quando é menor do que 0,001 aparece com ***, quando maior do que esse valor aparece inscrito numericamente, e em *Label* está a designação que aparecerá nos futuros quadros e referências ao elemento dual, definido pela variável dependente no enquadramento da variável latente.

Quadro 57 – Parâmetros regressivos da equação (Modelo base)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
confmedi <--- confiança	1,000				
Confenf <--- confiança	1,162	,069	16,965	***	par_1
Confoutr <--- confiança	1,312	,077	16,989	***	par_2
Relenfer <--- relação	,959	,062	15,561	***	par_3
Explievo <--- explicações	1,015	,050	20,349	***	par_4
Explitra <--- explicações	,968	,050	19,320	***	par_5
esaltcli <--- explicações	,913	,086	10,667	***	par_6
lanctees <--- psi	,883	,124	7,136	***	par_7
exposofr <--- psi	1,314	,162	8,126	***	par_8
capatecn <--- tecnica	,656	,047	13,892	***	par_9
artservi <--- gestão	1,287	,073	17,728	***	par_10
imesthos <--- psi	1,000				
satisf <--- explicações	,149	,030	4,945	***	par_11
instalaç <--- tecnica	1,000				
qualid <--- psi	-,070	,090	-,777	,437	par_12
qualid <--- relação	,153	,090	1,689	,091	par_13
qualid <--- gestão	1,050	,105	9,987	***	par_14
qualid <--- confiança	-,315	,117	-,688	,007	par_15
satisf <--- relação	,594	,057	10,348	***	par_16
satisf <--- psi	,294	,102	2,874	,004	par_17
aldacon <--- gestão	1,011	,078	12,917	***	par_18
satisf <--- tecnica	,110	,051	2,152	,031	par_19
qualid <--- tecnica	,203	,049	4,158	***	par_20
simpaten <--- relação	1,000				
recuisau <--- relação	,868	,052	16,717	***	par_21
satisf <--- gestão	-,153	,118	-,1294	,196	par_22
explidoe <--- explicações	1,000				
confhosp <--- confiança	1,233	,270	4,573	***	par_23
temmicon <--- gestão	1,626	,115	14,107	***	par_24
apoiopsi <--- psi	1,401	,164	8,563	***	par_25
faduinte <--- psi	1,131	,168	6,747	***	par_26
alimento <--- tecnica	,572	,071	8,016	***	par_27
conforto <--- tecnica	,854	,055	15,495	***	par_28
atendipe <--- relação	,976	,064	15,229	***	par_29
comfacil <--- psi	1,295	,145	8,936	***	par_30
temmiex <--- gestão	1,479	,098	15,062	***	par_31
qualid <--- explicações	,134	,032	4,162	***	par_32
proffunc <--- gestão	1,087	,067	16,332	***	par_33
satisf <--- erro1	,188	,033	5,768	***	par_49
qualid <--- erro2	,000	,066	,000	1,000	par_50

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Verifica-se que a quase totalidade dos pares apresenta uma elevada significância estatística, sendo as exceções as relações entre algumas variáveis medidas e as latentes. Nesses casos há um *overlapping* entre a variável medida e a latente. A criação de alternativas ao modelo, designadamente a retirada dos *overlapping*s melhorava os resultados neste teste, mas piorava outros, resultando em resultados globais piores. Decidiu-se então manter o quadro geral, perspectivando os *overlapping*s como níveis de redundância endógenos. Em nenhum caso, no entanto, se ultrapassou a fasquia dos três graus de redundância habitualmente limite das subescalas.

O conjunto de dados representado pelos pesos regressivos pode portanto ser encarado como de muito boa qualidade e robusticidade, deixando desde já de antever um elevado *fit*.

Em terceiro lugar, produziu-se a estandardização dos pesos regressivos. A interpretação dos dados inscritos no Quadro 58 é a de que em “*Estimate*” se vê a relação incremental dos desvios padrão. Por exemplo, quando se incrementa uma unidade de desvio padrão em “confiança”, sobe “*confmedi*” (confiança nos médicos) de 0,781 desvios-padrão.

Registam-se contudo alguns dados que causam estranheza exigindo futuras correcções e/ou explicações: há padrões inversos entre as variáveis qualidade e apoio psicológico, embora em níveis remanescentes, o que poderá apenas significar ausência de relação. Contudo, entre Confiança e Qualidade, bem como entre Satisfação e Gestão os valores remetem para a existência de relação. Uma possível explicação seria a de que quando se aposta mais numa abordagem virada para a racionalidade, vide elementos objectivos de controlo de qualidade, tenderá a decair a importância relativa dos elementos relacionais tangibilizados na Confiança. Por outras palavras, retorna-se à questão de a Qualidade ser um elemento racional e a Satisfação um elemento de predominantemente emocional, ambas faces de uma mesma moeda. Do mesmo modo, o antagonismo entre Satisfação e estilo de Gestão parece apontar no mesmo sentido.

Porém os dados disponíveis apenas apontam nesse sentido, e não há suficientemente solidez na leitura para ter uma afirmação peremptória. Para tanto será essencial uma investigação desenhada especificamente para o assunto.

Quadro 58 – Peso regressivo das variáveis estandardizado

	Estimate
confmedi <--- confiança	,781
confenf <--- confiança	,840
confoutr <--- confiança	,857
relenfer <--- relação	,798
explievo <--- explicações	,856
explitra <--- explicações	,843
esaltcli <--- explicações	,561
lanctees <--- psi	,513
exposofr <--- psi	,641
capatecn <--- tecnica	,739
artservi <--- gestão	,811
imesthos <--- psi	,505
satisf <--- explicações	,187
instalaç <--- tecnica	,783
qualid <--- psi	-,058
qualid <--- relação	,151
qualid <--- gestão	,782
qualid <--- confiança	-,253
satisf <--- relação	,611
satisf <--- psi	,253
aldacon <--- gestão	,664
satisf <--- tecnica	,145
qualid <--- tecnica	,260
simpaten <--- relação	,781
recuisau <--- relação	,818
satisf <--- gestão	-,118
explidoe <--- explicações	,873
confhosp <--- confiança	,258
temmicon <--- gestão	,691
apoiopsi <--- psi	,728
faduinte <--- psi	,496

	Estimate
alimento <--- tecnica	,480
conforto <--- tecnica	,802
atendipe <--- relação	,768
comfacil <--- psi	,782
temmiex <--- gestão	,727
qualid <--- explicações	,163
proffunc <--- gestão	,769
satisf <--- erro1	,145
qualid <--- erro2	,000

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Seguiu-se no quadro nº 59 a análise dos *intercepts* de cada variável. As SEM's, apesar de terem alguma analogia com a família estatística da regressão, mantêm grande proximidade à análise factorial, e por conseguinte à análise de variância, onde cada variável tem uma existência de per si. Cada uma das variáveis é factor antecedente de um resultado geral, mas também factor interactivo com as restantes. As denominações são idênticas às do Quadro 54. A interpretação dos dados reside em que sob a designação de *estimate*, aparece o *intercept* associado à variável em análise, sendo os restantes indicadores os mesmos dos do quadro 54

Quadro 59 – Intercepts de cada variável (Modelo base)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
confmedi	9,290	,076	122,117	***	par_51
confenf	9,075	,082	110,185	***	par_52
confoutr	8,700	,091	95,627	***	par_53
satisf	8,689	,071	121,900	***	par_54
simpaten	8,825	,094	94,140	***	par_55
recuisau	9,033	,078	116,330	***	par_56
atendipe	8,631	,093	92,796	***	par_57
relenfer	9,010	,091	99,384	***	par_58
instalaç	7,647	,121	63,418	***	par_59
capatecn	8,777	,085	103,655	***	par_60

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
conforto	8,267	,101	81,473	***	par_61
alimento	7,703	,122	63,307	***	par_62
explidoe	8,450	,103	82,001	***	par_63
explievo	8,296	,107	77,538	***	par_64
explitra	8,377	,103	81,064	***	par_65
esaltcli	7,659	,147	52,087	***	par_66
qualid	8,326	,074	112,648	***	par_67
imesthos	8,365	,122	68,488	***	par_68
lanctees	8,371	,106	78,990	***	par_69
exposofr	7,092	,127	55,755	***	par_70
proffunc	9,018	,078	115,849	***	par_71
aldacon	8,818	,090	98,115	***	par_72
artservi	8,597	,089	97,095	***	par_73
temmiex	7,817	,115	68,231	***	par_74
confhosp	9,429	,284	33,248	***	par_75
temmicon	7,516	,131	57,523	***	par_76
apoiopsi	8,263	,121	68,080	***	par_77
faduinte	7,379	,148	49,849	***	par_78
comfacil	8,414	,102	82,713	***	par_79

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A aplicação dos *factor score weights* estabeleceu uma relação de tipo incremental entre os constructos latentes e os de agregação. Na lógica SEM mais do que um valor final regressivo e estático obtém-se uma forma mais dinâmica de impactação por aumento de unidade latente se existir aumento de uma unidade do constructo final. Porém como há também co-variância com as restantes variáveis latentes, cada momento situacional deverá ser recalculado na teia de relações. Se a contração for apenas na impactação final tem-se:

Quadro 60 – Valores incrementais dos constructos nas variáveis latentes

	Satisfação	Qual. Serviço
Gestão	-0,078	0,728
Técnica	0,246	0,827
Apoio Psi	0,355	0,138
Explicação	0,418	0,159
Relação	0,756	0,067
Confiança	0,366	0,146

Fonte: Síntese a partir do processamento informático dos dados.

Verifica-se que a Satisfação tem muito maior impactação em Relação e nos elementos diádicos do doente com a estrutura e pessoal do hospital, e simultaneamente o inverso com os aspectos produtivos e gerenciais. A Qualidade de serviço apresenta para as mesmas variáveis latentes uma estrutura inversa.

Pela sua proximidade conceptual à análise factorial, o estudo das co-variações é um elemento fundamental do exame dos resultados. Assim o próximo passo é o estabelecimento dos principais parâmetros da co-variação de cada variável latente e as restantes (indicado em *estimate*). Ver Quadro 61.

Quadro 61 – Relações de covariação (Modelo base)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
explicações <--> gestão	1,108	,096	11,571	***	par_34
confiança <--> gestão	,911	,067	13,642	***	par_35
confiança <--> psi	,995	,143	6,973	***	par_36
psi <--> tecnica	1,579	,228	6,924	***	par_37
relação <--> tecnica	1,757	,200	8,774	***	par_38
confiança <--> explicações	1,218	,142	8,583	***	par_39
explicações <--> psi	1,367	,196	6,957	***	par_40
explicações <--> tecnica	1,752	,219	7,997	***	par_41
psi <--> gestão	,991	,113	8,788	***	par_42
tecnica <--> gestão	1,495	,105	14,196	***	par_43
relação <--> gestão	1,137	,081	13,979	***	par_44
confiança <--> tecnica	1,410	,161	8,740	***	par_45
confiança <--> relação	1,341	,139	9,637	***	par_46
relação <--> psi	1,182	,174	6,796	***	par_47
relação <--> explicações	1,515	,175	8,683	***	par_48

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

De igual modo se procede à análise das correlações Quadro 62 (valor indicado em *estimate*):

Quadro 62 – Relações de Correlação (Modelo base)

	Estimate
explicações ↔ gestão	,678
confiança ↔ gestão	,845
confiança ↔ psi	,827
psi ↔ técnica	,826
relação ↔ técnica	,771
confiança ↔ explicações	,691
explicações ↔ psi	,750
explicações ↔ técnica	,626
psi ↔ gestão	,888
técnica ↔ gestão	,872
relação ↔ gestão	,855
confiança ↔ técnica	,763
confiança ↔ relação	,934
relação ↔ psi	,796
relação ↔ explicações	,697

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A correlação múltipla quadrática, indica a capacidade preditiva da variável sobre si própria, ou seja, com alguma liberdade nas palavras, o grau de pureza da variável expresso através da sua variância. No primeiro caso do quadro 63, temos que comfacil (facilidade de comunicação) tem uma capacidade preditiva sobre si de 61,1% e um erro de 38,9%, sendo que não é um erro no sentido de incorrecção, mas sim no de incapacidade preditiva.

Quadro 63 – Correlações múltiplas quadráticas (Modelo base)

	Estimate
comfacil	,611
faduinte	,246
apoiopsi	,530
temmicon	,477
confhosp	,067
explidoe	,761
recuisau	,669
atendipe	,590
simpaten	,610
qualid	1,000
satisf	,979
temmiex	,528
artservi	,657
aldacon	,441
proffunc	,591
exposofr	,411
lanctees	,263
imesthos	,255
esaltcli	,314
explitra	,711
explievo	,733
alimento	,230
conforto	,643
capatecn	,546
instalaç	,613
relenfer	,637
confoutr	,735
confenf	,706
confmedi	,610

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Um dos elementos muito interessantes das SEM's é a possibilidade de que se pode estimar (admitindo populações com distribuição normal) os valores médios de resposta às escalas no Universo em vez da amostra. Os valores obtidos foram sintetizados no Quadro 64:

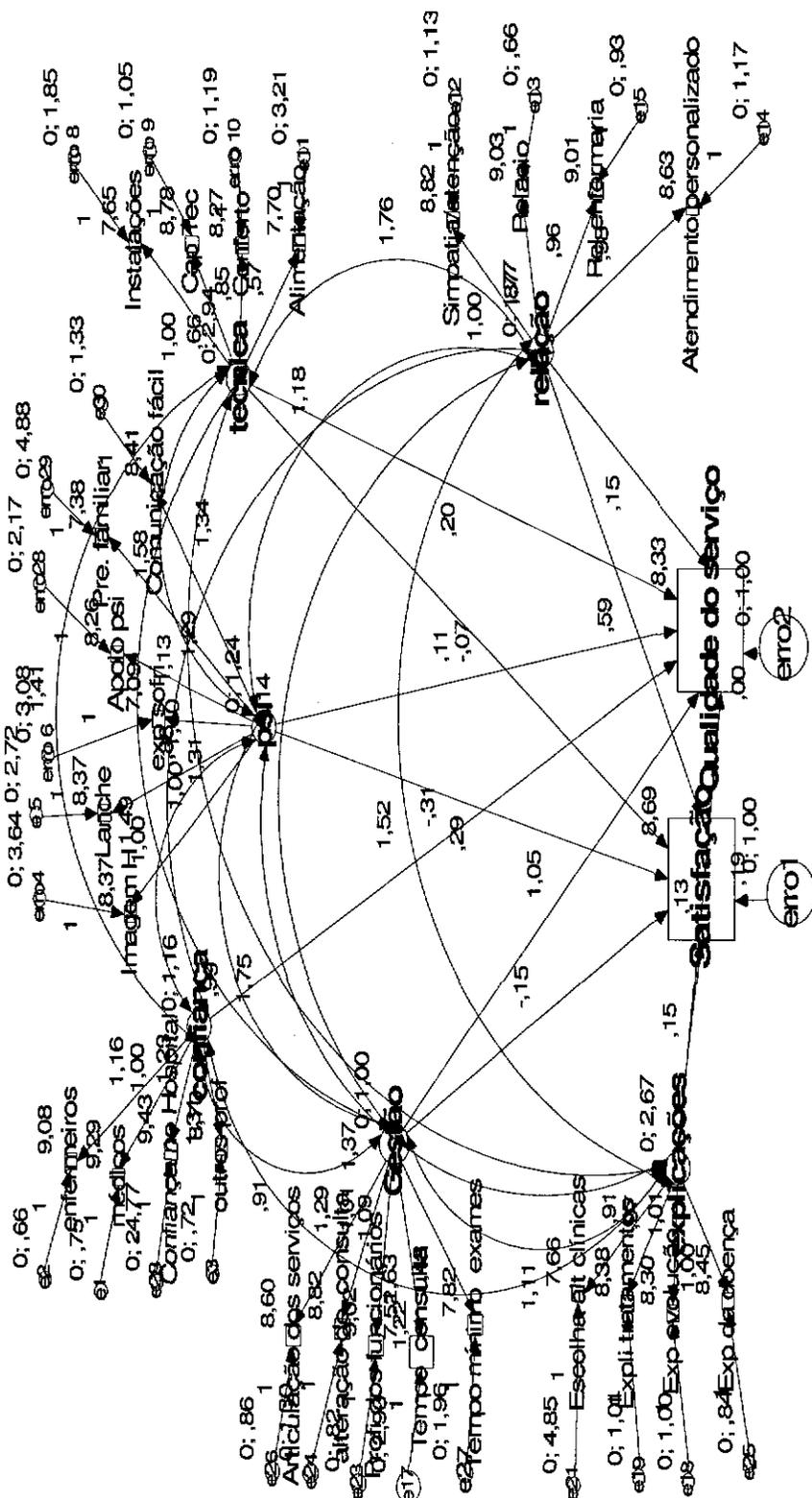
Quadro 64 – Valores projectados por variável para o Universo em estudo

Variável	Valor Estimado
comfacil	8,414
faduinte	7,379
apolopsi	8,263
temmicon	7,516
confhosp	9,429
explidoe	8,45
recuisau	9,033
aterdipe	8,631
simpaten	8,825
qualid	8,326
satisf	8,689
temmiex	7,817
artservi	8,597
aldacon	8,818
proffunc	9,018
exposofr	7,092
lanctees	8,371
imesthos	8,365
esaltcli	7,659
explitra	8,377
explievo	8,296
alimento	7,703
conforto	8,267
capatecn	8,777
instalaç	7,647
relenfer	9,01
confoutr	8,7
confenf	9,075
confmedi	9,29

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A integração de todos os elementos no Modelo, apresenta-se a Figura 9:

Figura 9 – Representação gráfica da equação estrutural com os respectivos indicadores de intercept, estimador e coeficiente



O Modelo procede depois à estandardização de todos os efeitos (directos e indirectos) tomando como ponto de partida os *factor scores*. A interpretação do Quadro 65, faz-se como o valor incremental de uma unidade de desvio-padrão numa das linhas expresso em função do valor de cruzamento em coluna. Por exemplo, quando psi aumenta de uma unidade de desvio-padrão, comfacil aumenta de 0,782. Apesar do algoritmo proceder a um género de rotação matricial optimizando a ortogonalidade, verifica-se que há um bom grau de independência dos constructos em relação uns aos outros, dada a univocidade das variáveis nos constructos. Esta, a univocidade, não se encontrou nas variáveis sintéticas, havendo contributos de todos os factores no resultado. Não se considerou isso um problema, na medida em que elas, exactamente por serem variáveis com características aglutinantes, exprimem a contribuição dos constructos.

Os restantes elementos têm menores saturações nos factores e, dados os erros associados, torna-se difícil saber o verdadeiro grau de contribuição para a formação do constructo aglutinante. A principal dúvida que ficou e há grande dificuldade em explicar é saber como se distribui o constructo Confiança. A única hipótese que ocorre é a de ter havido sacrifício dessa variável latente durante o processo de optimização.

Quadro 65 – Efeitos totais estandardizados (Modelo base)

	gestão	técnica	psi	explicações	relação	confiança
comfacil	,000	,000	,782	,000	,000	,000
faduinte	,000	,000	,496	,000	,000	,000
apoiopsi	,000	,000	,728	,000	,000	,000
temmicon	,691	,000	,000	,000	,000	,000
confhosp	,000	,000	,000	,000	,000	,258
explidoe	,000	,000	,000	,873	,000	,000
recuisau	,000	,000	,000	,000	,818	,000
atendipe	,000	,000	,000	,000	,768	,000
simpaten	,000	,000	,000	,000	,781	,000
qualid	,782	,260	-,058	,163	,151	-,253
satisf	-,118	,145	,253	,187	,611	,000
temmiex	,727	,000	,000	,000	,000	,000
artservi	,811	,000	,000	,000	,000	,000
aldacon	,664	,000	,000	,000	,000	,000
proffunc	,769	,000	,000	,000	,000	,000
exposofr	,000	,000	,641	,000	,000	,000
lanctees	,000	,000	,513	,000	,000	,000
imesthos	,000	,000	,505	,000	,000	,000
esaltcli	,000	,000	,000	,561	,000	,000
explitra	,000	,000	,000	,843	,000	,000
explievo	,000	,000	,000	,856	,000	,000
alimento	,000	,480	,000	,000	,000	,000
conforto	,000	,802	,000	,000	,000	,000
capatecn	,000	,739	,000	,000	,000	,000
instalaç	,000	,783	,000	,000	,000	,000
relenfer	,000	,000	,000	,000	,798	,000
confoutr	,000	,000	,000	,000	,000	,857
confenf	,000	,000	,000	,000	,000	,840
confmedi	,000	,000	,000	,000	,000	,781

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

4.14.4. Avaliação do comportamento psicométrico individual das variáveis dependentes – análise de fidedignidade da ferramenta criada

As pressuposições principais dos testes de fidedignidade (*reliability tests*) foram previamente garantidas: Todas as variáveis testadas foram codificadas numericamente, as cotações dadas pelos sujeitos foram dadas sobre observações conceptualmente diferentes, as escalas permitem a adição entre si, e cada item está linearmente associado às variáveis agregadoras, no caso, satisfação e qualidade de serviço. Podem por isso aplicar-se os testes de consistência.

Por uma questão de tradição no trabalho com SEM's, (e robustez de conclusões) aplicou-se toda a bateria de testes de fidedignidade de modelo multivariado, testando o assunto por diferentes vias, verificando se chegam às mesmas conclusões. A priori o facto de os respondentes terem uma alta cotação média global de 8,42 em 10 pontos possíveis, aumenta fortemente a possibilidade dos níveis de fidedignidade serem empolados, pois que, mais de metade da escala está numa correlação de 1 com todas as restantes para a quase totalidade dos sujeitos. O padrão de resposta sendo aquilo que os doentes exprimiram, influenciará os resultados num valor que poderá chegar a cerca de 0,175 pontos¹⁰⁹, faltando saber se os teste compensam esse facto o que é suposto acontecer mas a experiência tem mostrado algumas surpresas nesta família de testes, a ponto dos próprios autores dos algoritmos e textos sobre SEM alertarem explicitamente para a necessidade de desconfiança permanente dos resultados (Deville 2005) pois só dentro de alguns anos se dominará bem as equações estruturais. Tanto assim é, que uma das razões para que os autores do SERVQUAL fossem no sentido do uso do GAP, foi exactamente este problema de que o essencial das escalas poderem não conter valor informativo de per si.

Começou por se aplicar o Teste Alfa de Cronbach por ser o mais frequentemente utilizado em ciências sociais, e em particular no Marketing. Para mais a grande

¹⁰⁹ Pressuposição de que $(1-\alpha)=0,05$; cujo valor quadrático empregue no cálculo do desvio padrão é 0,025. Mas como se trabalha com a variância dará 0,00625. Nos testes de fidedignidade procede-se à adição das variâncias, e neste modelo tem 28 variáveis, será $0,00625*28$ o que corresponde a 0,175 pontos.

maioria dos trabalhos consultados durante a produção da revisão bibliográfica recorreram a esse teste o que possibilita comparações.

O Alfa de Cronbach, indicador desenvolvido em 1951, é a medida que indica o mais baixo nível de fidedignidade contido no inquérito que suporta a ferramenta em teste. Isto é, representa a proporção da variância endógena aos respondentes no acto de resposta ao inquérito.

Foram excluídos todos os sujeitos que tivessem pelo menos uma resposta *nula* ou um valor anulado, de modo a que o modelo pudesse cumprir todos os critérios gerais de fidedignidade. Pelo que apenas se efectuou o cálculo sobre 215 sujeitos, mesmo assim muito acima do mínimo requerido de 100 indivíduos. O valor final obtido foi muito bom com o valor endógeno de 0,969, o qual ainda subiu um pouco após a standardização dos 26 itens de imputação e dois de agregação, cumprindo o valor normalmente aceite (de mero carácter empírico, não científico) de ficar acima de 0,800, como se pode observar no Quadro 66.

Quadro 66 – Testes de Fidedignidade com base em Alfa-Cronbach

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,969	,972	28

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

O teste seguinte é de exclusão, apresentado no Quadro 67. O indicador Q de Cochran só deve funcionar se as variáveis forem dicotómicas ou, não o sendo, se forem entendidas (utilizadas pelos respondentes) de forma dicotómica. O Modelo apresentou uma significância de 0,000 demonstrando que a probabilidade dos resultados serem devidos ao acaso é nulo. O valor de Q de Cochran indica que nenhuma das variáveis é dicotómica, nem foi entendida como tal.

Quadro 67 – Teste de fidedignidade de Cochran

ANOVA with Cochran's Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	Cochran's Q	Sig
Between People	0107,469	214	47,231		
Within People				954,720	,000
Between Items	1691,195	27	62,637		
Residual	8591,805	5778	1,487		
Total	0283,000	5805	1,771		
Total	20390,469	6019	3,388		

Grand Mean = 8,42

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

De seguida aplicou-se o Teste de Split-Half, o qual foi concebido para situações em que há duas formas homólogas do mesmo teste. Não sendo esse o caso, pode-se simular com partições sobre a base de dados, o *software* mais recente (versão de 2005) adopta o algoritmo de separar as variáveis em duas metades, na condição de serem número par e terem forte inter-relação. Admitiu-se que isso seria possível mantendo a reserva de que em caso de inconsistência entre os testes, o Alfa de Cronbach imperaria. Neste caso foram criados dois grupos de 14 variáveis. Os indicadores de fidedignidade foram elevados em consonância com o Alfa de Cronbach. O Coeficiente de Spearman-Brown situou-se nos 0,963, e o Coeficiente G Split-half de Guttman foi de 0,961, o que veio reforçar o conhecimento obtido com o Alfa de Cronbach.

Por último, testou-se os valores dos Lambda de Guttman. Pela estrutura do inquérito e resultados do Modelo Estrutural são prioritários os Lambdas 1, 3 e 5 mas na ausência de testes específicos¹¹⁰ apresenta-se a caracterização de cada um dos Lambdas de Guttman. Todos eles deram resultados muito similares, como se pode verificar no Quadro 68.

¹¹⁰ *A diferenciação é teórica, e em rigor há Lambdas mais apropriadas a um ou outro tipo de escalas e subescalas. O software simplifica o processo de escolha, e dá automaticamente todos os Lambdas, não permitindo sequer que se escolha um particular.*

Quadro 68 – Teste de fidedignidade dos Lambda de Guttman

Reliability Statistics		
Lambda	1	,934
	2	,969
	3	,969
	4	,961
	5	,951
	6	,983
N of Items		28

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Como conclusão sintética dos testes de fidedignidade das variáveis no modelo, faz-se notar que todos os que eram aplicáveis apresentaram valores muito elevados, embora haja a noção de que à semelhança de todas as escalas em que o respondente preenche as cotações sistematicamente próximas do topo há uma dopagem dos indicadores de fidedignidade.

Se adoptar a solução extrema de que todas as escalas estão inflacionadas do valor máximo de enviesamento (0,175), os valores ainda assim ficaram próximos de 0,800 valor de referência para validação de fidedignidade. Se for considerada uma distribuição média de inflacionamento nas variáveis, situa-se nos 0,900, valor muito sólido para permitir afirmar dentro dos conhecimentos actuais, de que a escala mede aquilo que pretende medir, e o faz com alto grau de ortogonalidade de constructos.

4.14.5. Avaliação do comportamento do Modelo, sua fidedignidade agregada e demais medições de Validação multivariada

Uma das formas de garantir a fidedignidade de um instrumento de escalas e subescalas é garantir que os resultados da aplicação do teste não dependem do formato de corte da amostra. Pode-se testar com o já referido Alfa-Cronbach para amostras divididas simetricamente, mas pode-se ir mais longe com cortes também assimétricos.

O problema que se coloca é o de que não há ainda forma de escolher qual o teste correcto para determinar a fidedignidade da conjugação da amostra com o modelo, e tipo de escala. A regra é aplicar a bateria de todos os disponíveis no *software* que, e depois face aos resultados, toma-se em conta as fragilidade e forças de cada um e escolhe-se um ou dois (Deville, 2005).

Como se trata de uma Tese Doutoral, optou-se por os colocar todos como reforço interpretativo, mesmo daqueles que sejam menos favoráveis, ou apriorísticos para o tipo de dados.

Os indicadores principais de fidedignidade de modelização em equação estrutural são o “Estimador de C” (medida de discrepância entre as várias partes de corte amostral) e o Δ (delta), correspondendo cada teste a uma dada análise envolvendo estes dois parâmetros.

O Teste CMIN determina o valor mínimo do Estimador de C, ou de discrepância, é particularmente adaptado a escalas de ranking, sendo portanto muito limitada aqui a sua utilização. Isso é visível com o indicador CMIN a atingir um valor muito elevado, o qual foi transformado pela divisão do número de graus de liberdade de que resultou 4,32 com uma probabilidade de ocorrência casuística de 0, o que evidencia o não uso nem interpretação das escalas sob um formato de ranking.

Quadro 69 – Resultados do teste CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	111	1524,650	353	,000	4,319
Saturated model	464	,000	0		
Independence model	29	7979,745	435	,000	18,344

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

Os testes base de medição de fidedignidade com o tipo de escalas empregues são os NFI (normed fit index), RFI (relativ fit index), IFI (incremental fit index), TLI

(tucker-lewis index) e CFI (comparative fit index). São algo similares mas têm em comum tentarem determinar o *fit* da distribuição alcançada por diferentes algoritmos.

Como é visível no Quadro 70, todos eles apresentam no modelo base (razão porque foi escolhido) um óptimo nível de *fit* (a interpretação é idêntica ao uso do R^2 nas regressões) variando entre 0,765 e 0,846 o que dá um elevado grau de confiança nos resultados.

Quadro 70 – Bateria de testes de fidedignidade multivariados

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,809	,765	,846	,809	,845
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

O teste de complexidade induzida pelo número de graus de liberdade do modelo RMSEA, aponta para valores limite, (Quadro 71) em que se está rondando os valores próximos de 0,1. Porém, os próprios autores do teste, Browne e Codeck (referência de alerta em Alburckle, 2006), indicam que ele é muito falível e não sabem indicar um valor de corte, pelo que sugerem 0,1. Os valores indicam que se está no limite de complexidade desejável, momento a partir do qual o Modelo corre o risco de as variâncias e as co-variâncias exprimirem mais relacionamento entre si do que dos factos que se pretende medir.

Quadro 71 – Teste RMSEA para determinação da impactação de complexidade induzida

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,100	,095	,105	,000
Independence model	,229	,225	,234	,000

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

A constante Hoelter determina o número mínimo de sujeitos que a amostra deve ter para se ensaiar o número de escalas solicitadas, e os padrões de resposta encontrados, bem como, se se quiser repetir a pesquisa, sem perder significativamente as propriedades encontradas.

Retornando à questão levantada a propósito da validade da amostra inscrita no ponto sobre Validades, os valores do teste aplicados à equação estrutural determinaram um mínimo de replicação do estudo de 87 a 91 sujeitos. Como a amostra foi construída com recurso a 341 indivíduos está amplamente suportada. A elevada redundância auxiliou na possibilitação de investigação de aspectos extrínsecos ao Modelo e estatuídas nas hipóteses. No Quadro 72 se demonstra como a amostra foi suficiente para testar o pretendido.

Quadro 72 – Teste Hoelter de mínimos amostrais

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	87	91
Independence model	21	21

Fonte: Output do processamento informático dos dados.

4.15. Síntese da Fase III

Na fase final do trabalho de campo testou-se o formato final do inquérito desenvolvido nas duas fases anteriores.

Utilizou-se uma amostra muito ampla, por comparação aos estudos homólogos publicados nos últimos anos, e processaram-se os dados num triplo sentido: verificar a hipótese de modelização da proposta que se vinha trabalhando; estudar as propriedades psicométricas da ferramenta criada; e conhecer o máximo possível da impactação das características sociodemográficas nas variáveis dependentes.

O primeiro dos objectivos foi alcançado numa modelização com SEM, tendo sido possível cumprir todas as condições essenciais de submissão dos dados a este algoritmo, e um valor de aderência sintético bastante elevado.

O estudo das propriedades psicométricas foi amplo, e cobriu todos os elementos que no estado de desenvolvimento da ferramenta era possível visar. Ficou a faltar o estudo das validades concorrente e divergente, as quais apenas com a ferramenta em estudo dada por concluída, se poderá exercer com correcção. As indicações psicométricas demonstraram um elevado nível de redundância amostral, e a valia das sub-escalas em análise. Ficou também demonstrado que o valor das subescalas é mais heurístico do que os valores dos elementos agregados. Tal característica é da maior importância para os Gestores que pretendam empregar a ferramenta aqui em desenvolvimento.

Conforme as indicações insertas, embora difusas, na Literatura Científica dos últimos dez anos, as características sociodemográficas dos respondentes são um dos principais modeladores do resultado perceptivo da Qualidade de Serviço, e da Satisfação. Tiveram grande impactação nas subescalas, com densidades diferenciadas é certo, mas quase todas as variáveis se manifestaram. A única que não cumpriu essa expectativa, residência rural/urbana, falhou muito provavelmente por insuficiente trabalho de operacionalização do que é ser cada uma dessas realidades.

Verificou-se ainda que as variáveis independentes trazidas pela primeira vez a discussão científica: tipo de tratamento, risco, etc. foram óptimos discriminadores, abrindo portas para aplicativos de gestão hospitalar, e para o conhecimento científico da percepção de qualidade de serviço e satisfação em situação extrema.

5. Discussão Geral

Verificou-se que o comportamento dos respondentes numa situação limite como o é a situação de risco potencial de morte, assume características próprias. Acredita-se que, se repetida a investigação noutros contextos clínicos que não os de Oncologia, se verifiquem analogias comportamentais, embora na ausência de dados sobre o assunto não se deva especular para além do razoável.

O contexto de “situação limite em Serviços” trouxe ao conhecimento novas variáveis impactantes na formação da percepção da qualidade de serviço e da satisfação demonstrou comportamentos de variáveis também elas pouco ou nada conhecidas na literatura de referência.

5.1. Discussão face às hipóteses

Os resultados desta fase da Tese evidenciaram que os propósitos que conduziram a pesquisar estavam amplamente fundamentados. A discussão que se segue centra-se nos resultados da terceira fase por ser aquela que tem uma amostra compatível com os propósitos visados, foi testada matematicamente com as ferramentas apropriadas e cumpriu os procedimentos usuais numa investigação científica quantitativa. No entanto, considera-se que os dados recolhidos nas fases 1 e 2 são também da maior importância heurística, apenas seguem o método qualitativo na fase 1, e quantitativo-qualitativo na fase 2. Como seria de esperar, os resultados de métodos qualitativos não estão exactamente em linha com os quantitativos. Ainda assim, a tendência geral nas três fases é exactamente a mesma, apenas menos vincada (mas mais clarificada) na fase 3.

5.1.1. “Modelo de Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente”

H1 : Um modelo de “Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente” será diferente do SERVQUAL na sua versão específica para Saúde Hospitalar Oncológica.

A resposta a esta hipótese tem um conteúdo epistémico de par com o de trabalho corrente: em lugar de cálculo testado pelo método Popperiano, a construção de uma ferramenta alternativa deve, em termos epistémicos, ser vista à luz de outras epistemologias, como o sejam as de Paul Fayerabend, Koyré e Kuhn. O método interactivo que seguido durante o processo produtivo onde cada fase era confrontada com os sujeitos respondentes, e foi “condição antecedente” da forma applicativa seguinte, enquadra-se na totalidade com as epistemologias mencionadas.

À medida que progrediram os trabalhos foi-se tornando claro que vindo duma mesma matriz de condução da acção pelo Gap entre o que é, e o que deve ser, sempre ouvindo o cliente como razão e princípio da actividade exercida, aos poucos foi-se distanciando do Modelo original do qual esta Tese partiu.

Salientando alguns aspectos que distinguem o actual trabalho da versão SERVQUAL clássica para Oncologia de Babakus e Mangold: abandonou-se, pelas razões a seu tempo aduzidas o conceito de Gap; abandonou-se a escala de 7 pontos; incluíram-se novas questões que visam abranger dimensões só existentes no quadro hospitalar da Oncologia.

Para além dos elementos de medição, e a justificar também a alteração de paradigma instrumental, registaram-se elementos de especificidade contextual conferindo à Oncologia particularidades que impedem o uso de ferramentas generalistas. Destacase a estrutura etária, e associado a essa realidade todos os elementos que a acompanham e distinguem da população média, a seu tempo analisados enquanto hipóteses independentes, elas próprias requerendo reflexão. Na mesma linha a praxis clínica impõe elementos de elevada impactação: por exemplo, o emprego da radio e quimioterapias onde se verificou impacte em quase todas as variáveis dependentes, e

com padrão inverso ao dos doentes a quem foi praticada a cirurgia, essa sim de emprego corrente nos hospitais.

A procura de soluções alternativas conduziu à modelização dos dados. Apesar da sua relativa jovialidade, e inequívoca baixa clareza nalguns aspectos, a SEM mostrou-se uma ferramenta muito adequada para o conhecimento integrado dos fenómenos de satisfação e percepção da qualidade de serviço, no ambiente testado. Conseguiu-se com recurso ao modelo standard obter um *fit* superior a 0,8 o que deu conforto na leitura e interpretação dos dados, e em simultâneo fornece elementos complementares de modo directo, que outras técnicas são, ou ausentes de resposta, ou permitem apenas o cálculo de forma externa ao processo, de que a determinação do número de sujeitos necessários à replicação da investigação é apenas um exemplo.

Foi também muito relevante que (outra diferença em relação Babakus e Mangold), mais heurístico do que uma medição agregada do nível de satisfação ou da qualidade de serviço percebidas, tenha sido a análise das escalas categoriais, as quais por terem a objectividade do detalhe, são muito mais finas na detecção dos fenómenos a requererem correcção, e auxiliares à tomada de decisão do Gestor Hospitalar.

Com todas estas alterações há que saber se é legítimo considerar a aplicação gerada pela pesquisa como mais uma versão do SERVQUAL, no caso particular aplicada ao doente oncológico ou se foi produzido algo estruturalmente diferente.

Não negando as suas origens, razão primeira que conduziu a esta pesquisa, o que foi produzido é uma ferramenta de medição de qualidade de serviço, e satisfação já bastante diferente do SERVQUAL.

Do mesmo modo, o uso da SEM confere-nos segurança de leitura quando nos transmite um elevado grau de fidedignidade, tanto ao nível das escalas, como das variáveis latentes e do modelo em si. Ou seja, a aplicação da SEM àquele que foi o inquérito da terceira fase, com todo o cortejo de testes à robusticidade do modelo, permite passar de um inquérito de avaliação da satisfação e qualidade de serviço em

doentes de oncologia, para a existência de uma ferramenta modelizada, designada daqui em diante por ONSERQUAL, acrónimo de “ONcology SERVICE QUALity”.

No entanto, apesar do nome, não se restringe o ONSERQUAL exclusivamente ao âmbito da qualidade de serviço, pois como ficou demonstrado na equação estrutural, foi possível estabelecer relação entre os constructos, e tanto a qualidade de serviço como a satisfação puderam ser construídos com base nas mesmas subescalas recorrendo a ponderadores de relação diferentes, a qualidade de serviço prioritariamente aos elementos de avaliação cognitivo-atitude, a satisfação aos elementos relacionais-emotivos. Contudo, para que possa ser empregue como ferramenta validada de satisfação será necessário desenvolver trabalho específico de estudo das validades concorrente e divergente. Mau grado essa restrição considera-se muito interessante a hipótese de dar contributos para a produção de uma futura relação matemática entre Qualidade de serviço e Satisfação, situação há muito procurada e ainda não alcançada.

5.1.2. “Avaliação no início e fim dos tratamentos”

H2: A avaliação da qualidade de serviço por parte do doente (consumidor) no princípio da terapia/internamento é mais baixa do que no final.

Esta variável independente foi das que criou mais dificuldades interpretativas. Em todas as variáveis dependentes, os doentes cotaram no período de entrada abaixo daqueles que estavam em período de saída. Contudo, em nenhuma com diferenciação bastante para acusar significância estatística. Considera-se, no entanto, que a falha deverá ser metodológica, pois que se a situação fosse casuística tenderiam a distribuir-se 13 VD's acima e 13 VD's abaixo do ponto médio, em lugar das 26 acima desse ponto médio. A probabilidade de isso acontecer existe mas é muito pequena. De acordo com o teorema de Corel, será de $1/2^{12}$. Também a experiência dos clínicos e outro pessoal profissional de saúde tem a intuição de que quando os doentes entram em processo clínico, tendem a ver tudo de uma forma mais pessimista do que quando estão próximos da saída. Igualmente na fase qualitativa deste estudo, os dados apontaram nesse sentido. Crê-se que se for possível recolher os dados imediatamente após o internamento do respondente, e imediatamente antes da sua alta, os valores que

agora se encontram numa situação tendencial se irão extremar registando nessa altura diferenciação estatística.

Por seu turno, as variáveis agregadas satisfação e qualidade de serviço reagiram de forma diferenciada. Quando submetidas ao chi-quadrado reagiram do mesmo modo (valores de entrada menores do que na saída mas sem significância estatística) que as VD's de subescala. No entanto, se solicitada a distribuição VAL-ASEO¹¹¹ a satisfação fica na zona limite de diferenciação com F-Snedecor de 3,610 com Sig de 0,059. A percepção da qualidade de serviço mantém-se fora da zona de diferenciação.

Face aos resultados obtidos esta hipótese não se confirma, mas abrem-se pistas muito sólidas para que, com nova metodologia, por exemplo a indicada acima, se verifique que os doentes ao entrarem no internamento dão piores avaliações do que quando saem.

Recorda-se que o propósito desta hipótese era de discutir os estudos que, por força legal, são realizados 90 dias após a saída do doente do hospital. Dado o padrão de resultados obtido, acredita-se agora mais fortemente do que no início desta Tese que, apesar de haver ainda muito a investigar, que os resultados desses trabalhos estão efectivamente inflacionados.

5.1.3. “Risco de morte do paciente e sua impactação no serviço”

H3: Consoante o risco de morte do paciente, haverá diferentes necessidades expressas através de diferentes médias nos itens do inquérito.

Uma dos aspectos fundamentais da Tese era confirmar a intuição de que extremar a situação de prestação do serviço, conduziria a alterações perceptivas na avaliação da qualidade e da satisfação.

O que se verificou nas subescalas foi que quanto mais extrema, (representando o extremismo pela probabilidade associada de morte do doente/cliente), é a situação de

¹¹¹ *Distribuição de extensão às tabelas do conceito do t-student.*

prestação do serviço, menos positiva tende a ser a avaliação do cliente. Isso foi visível em 11 das 26 variáveis dependentes (ver Quadro 50). Verificou-se, também, que o grau de extremismo de morte não afecta todas as pessoas da mesma forma, razão por que nem todas as variáveis se manifestam, e nem todos os grupos sociodemográficos reagiram da mesma forma.

As variáveis dependentes agregadas, satisfação e qualidade de serviço, não tiveram diferenciação estatística. A satisfação apresentou ($\chi^2=16,160$, DF=14, Sig= 0,304) e a qualidade de serviço ($\chi^2=27,71$, DF=14, Sig= 0,085). Novamente se verifica que os indicadores agregados são pouco sensíveis aos efeitos vindos das VI's, representando as subescalas muito melhor ferramenta de compreensão e intervenção. Situação que já tinha sido verificada e defendida no modelo PZB que deu origem ao SERVQUAL.

Esta hipótese fica parcialmente confirmada sendo contudo, necessária a realização de novos estudos que possam agora especificar junto de mais grupos sociodemográficos e de outras situações extremas, qual o comportamento mediatizador do extremismo contextual junto da qualidade de serviço e da satisfação, bem como dos seus elementos infra-estruturantes.

5.1.4. "Impacto da idade nas escalas"

H4: A idade irá ter impactação na percepção da qualidade de serviço e da satisfação dos doentes. Isso será visível também nas subescalas componentes do instrumento podendo algumas serem mais reactivas do que outras por tratarem de aspectos fraccionais da realidade hospitalar.

Verificou-se neste contexto hospitalar o registo antes obtido em situações casuísticas, de que as pessoas idosas dão mais alta pontuação do que as mais novas. É a segunda vez que se constata esse facto no ambiente hospitalar (outro estudo é de Larson, 1999) e o primeiro na área oncológica. Considera-se o facto da maior importância, na medida em que os hospitais têm uma procura demográfica diferente da da população geral, onde os idosos representam uma enorme fatia da procura de serviços, acentuando-se esse fenómeno nos hospitais especializados de que os oncológicos são exemplo maior.

Significa este fenómeno que os actuais índices de satisfação do doente estão inflacionados. Pode por exemplo, explicar parcialmente por que razão os hospitais oncológicos são tradicionalmente os primeiros nesse tipo de avaliação: simplesmente são dos que têm a mais elevada média de idade de doentes.

Dado que não foram utilizados outros serviços, que não os de saúde oncológica, existe uma limitação de validade ecológica que é a de saber se esta nova variável tem existência fora dos serviços hospitalares oncológicos, e portanto, é uma variável da natureza humana, ou a sua existência é endógena ao micro ambiente da oncologia hospitalar. A intuição é a de que se verificará de molde generalizado.

Não se conseguiu contudo isolar apenas o factor idade, expurgando-o de todas as colinearidades verificadas como a de escolaridade, para só falar na mais relevante. Isso exigirá uma pesquisa específica com enfoque apenas na idade, e eventualmente conjugando com a prestação alargada de outros serviços e recorrendo a grupos etários diferenciados.

Um outro problema decorre de não ser possível dizer se a diferença é verificada por transformação das percepções de qualidade de serviço e da satisfação ao longo da progressão na idade, situação que exigiria um estudo de coorte, ou se apenas os critérios das pessoas hoje idosas, eram menos exigentes quando formaram os seus quadros de referência avaliativa. Como é sabido, os contextos sociais antigos foram muito mais empobrecidos (pelo menos em Portugal) do que o são hoje, pelo que as condições proporcionadas pelo hospital actual são extremamente mais favoráveis do que alguma vez o foram, e em muitos casos melhores do que os hoje idosos tiveram no passado¹¹² em suas casas.

Pode-se ainda especular se o enviesamento de positividade dos idosos é devido às alterações dos mecanismos neurológicos, designadamente os serotoninérgicos que vão

¹¹² *Mesmo hoje segundo o Ministério do Trabalho e Segurança Social, cerca de 25% dos idosos portugueses vive abaixo do limiar oficial de pobreza.*

ocorrendo na senescência humana. A pouquíssima literatura que refere o enviesamento positivo dos idosos nas avaliações de serviço/satisfação são genéricos, e não dão qualquer pista sobre esta dissintonia.

Constatou-se também que havendo um decaimento geral das pontuações dos idosos para o lado positivo da escala isso não sucede sempre. Há quatro casos nas 26 subescalas em que o idoso tem exactamente o mesmo padrão do que os mais novos. Não foi possível apurar as razões dessas excepções à regra por pertencerem a grupos de constructos diferentes.

Nas variáveis agregadas o padrão foi igual: na Satisfação as médias foram subindo de 7,45 entre os mais novos até aos 8,63 entre os mais idosos, de que resultou ($\chi^2=43,71$, $DF=14$, $Sig= 0,001$), e na Qualidade de Serviço ($\chi^2=36,60$, $DF=14$, $Sig= 0,001$) aumentando nesse caso os valores médios das classes etárias de 8,14 até 8,97.

5.1.5. “Impacto das famílias terapêuticas nas escalas”

H5: Cada família terapêutica (radioterapia, quimioterapia, e cirurgia) terá um tipo específico de necessidades, expresso através de diferentes comportamentos nas escalas. Considera-se esta conclusão uma das mais importantes da investigação, pois tem profundas implicações do ponto de vista conceptual bem como na leitura dos resultados dos protocolos clínicos.

Em termos de conhecimento fundamental, leva a um dos *leitmotivs* da Tese: saber como se comporta o ISC e a percepção de qualidade de serviços em situações limite. Fica claro um facto muito interessante: mesmo que para bem do próprio, quando sujeito a esforços muito violentos, o cliente reage ao esforço diminuindo a sua avaliação. Significa isto que quando o cliente tem de ser sujeito a esforços imperativos (educação, saúde, exercício do direito, etc.), a melhor das avaliações poderá não corresponder ao melhor dos desempenhos, conduzindo a organização (se estiver orientada para a satisfação do consumidor) para uma suboptimização de desempenho técnico na geração do equilíbrio entre desempenho e satisfação.

A leitura interpretativa acima descrita pode justificar e explicar algumas das críticas mencionadas na revisão bibliográfica sobre a aplicação das estratégias de focalização no consumidor, bem como aquilo que amiúde se ouve nas organizações, acerca do que se perde em rigor para proporcionar em fidelização do cliente. Esta constatação, conduz a uma discussão ética relativa à correcção de conduta expressa de se dar ao cliente o que o próprio quer: a focalização na satisfação do consumidor, levará o ponto de equilíbrio entre a cotação máxima de satisfação e o desempenho adequado, a ficar abaixo do melhor desempenho possível, isto é, regressa-se à discussão da escolha entre *best practices* e *best performances*.

Extrapolando estes resultados para outros campos, poderá encontrar-se situações em que a um bom desempenho de satisfação do consumidor, corresponderá uma necessária infracção deontológica. Uma coisa porém ficou certa: um esforço desusado exigido ao cliente, mesmo que seja para lhe salvar a vida, tem por consequência uma alteração perceptiva que afecta a satisfação e a percepção da qualidade do serviço que lhe está a ser proporcionado.

Na mesma linha de pensamento, este conhecimento possibilita a destrição de reacção do doente conforme os tipos de tratamento, pois que um valor de positividade idêntico entre aqueles que foram sujeitos a cirurgia, e os que foram sujeitos a quimio ou radioterapia não tem o mesmo valor.

Contudo fica em aberto uma dificuldade: uma cirurgia pode ser também uma abordagem muito violenta e não parece manifestar-se do mesmo modo. Especulando, talvez o ser humano lide melhor com o sofrimento físico objectivo como a dor, e a tangibilização de uma parte do seu corpo ter sido cortada, do que o sentimento difuso de desconforto provocado pelas rádio e quimioterapia.

Não se conseguiu prosseguir muito mais nesta linha da investigação cruzando as possíveis combinações de abordagem clínica (cirurgia+quimio; rádio+quimio, etc.), verificando os seus resultados, pois que as características da amostra não permitiram gerar células de análise com massa crítica suficiente. É no entanto uma linha de investigação de extremo interesse. Por exemplo, investigar se explicar previamente a

impactação dos tratamentos e a contrapartida de resultados, afecta ou não a percepção dos doentes (clientes). Bem como saber se a sequenciação das terapias nos protocolos tem um padrão de mínima invasão, etc.

A impactação das famílias terapêuticas nos diferentes itens do inquérito foi razoavelmente difusa mas alargada. Regista-se mais a ausência de impactação nalguns itens do que a sua existência, tão extenso foi o impacte global. Nota-se por exemplo, a quase ausência de registos nos itens que estejam fora do contexto do Eu: “instalações”, “sofrimentos dos outros”, etc. Interpreta-se este padrão de respostas, não como uma centração egoísta do doente, mas antes como um comportamento regressivo onde a autocentração exprime um comportamento defensivo.

5.1.6. “Impacte do grau de instrução”

H6: Os doentes com baixa instrução terão uma avaliação diferente dos outros com média ou alta instrução.

Tal como se viu no estudo da idade, onde o que se encontra na literatura incide quase sempre ou em estudantes universitários, ou em frequentadores de serviços mais ou menos modernos de países ricos, no estudo da escolaridade há uma carência básica de contextualização, e de outras pesquisas que indiquem se aquilo que foi encontrado nesta Teses é exclusivamente fruto do estudo, ou apenas uma situação endógena colinear, própria de outras circunstâncias associadas. Centrando apenas nos resultados da investigação e assumindo que essas eventuais colinearidades serão objecto de outros estudos.

Verificou-se que as pessoas de mais baixa escolaridade tendem a apresentar melhores avaliações da qualidade do serviço que lhes é proporcionado, do que os que desfrutam de média ou alta escolaridade.

É difícil separar o efeito escolaridade do de idade, dada a alta correlação na amostra trabalhada entre as duas variáveis. O número remanescente dos sujeitos que invertiam o padrão demográfico (jovens com baixa escolaridade e idosos com alta escolaridade) foram insuficientes para se poder tirar qualquer conclusão válida, pelo que será

necessário realizar estudo específico na matéria. Como se viu na revisão de literatura esta apenas fez esparsamente menção a que os padrões de populações pouco instruídas eram um assunto quase desconhecido, o mesmo se passando com o das populações idosas. Ora os dados leitura incidem simultaneamente nas duas condições, razão porque não conseguiu ter certezas sobre a elevação dos valores.

Ficou muito claro que entre a população menos instruída e idosa (ou vice-versa), os indicadores de valorização do serviço que lhes são prestados são mais retribuídos do que entre os novos e cultos.

O assunto foi profusamente discutido com os profissionais de saúde (que não só do IPO), e a sua intuição formada por via empírica, ia exactamente nesse sentido. Disseram amiúde que aos idosos e incultos qualquer coisa que se lhes faça é muito bem recebida e agradecida. A razão (insiste-se, apenas por conhecimento empírico) por eles apontada é que de modo geral esta é uma população que levou uma vida muito dura, a quem não se possibilitou um tratamento personalizado, muitas vezes minorizados nas condições sociais (sendo isto particularmente verdade para as mulheres hoje idosas). Por outro lado, os jovens e mais cultos seriam para estes profissionais muito mais exigentes, por vezes mesmo intolerantes, para com quem eles lida no hospital.

Não dispondo de dados definitivos pelas características contextuais e objectivas demográficas da amostra, acredita-se que quer a idade quer o grau de instrução contribuem para a positividade das avaliações. Poderá até haver algum grau de co-variância entre elas, mas olhando apenas para os raros casos de idosos com uma escolaridade elevada, que apenas valem *de per si*, em lugar da bonomia manifesta, e uma simpatia por vezes quase subserviente dos idosos incultos, registou-se uma postura de altivez, a qual se exprimiu por exemplo em muitas recusas, razão porque não fazem parte da amostra, e se salientou o grupo de baixa escolaridade. Pode-se arguir que há a intermediar os resultados finais um conjunto de variáveis concorrentes de comportamento parasita, como fizeram algumas das pessoas com quem se foi discutindo os resultados. Nessa leitura interpretativa, existirá um cruzamento de efeitos fruto de que há meio século atrás para se ter uma escolaridade elevada, tinha

de se pertencer a uma classe socialmente mais abastada, a qual era pressuposto ter uma determinada postura social. Isto é, estar-se-ia a medir o resultado de uma matriz de papéis sociais do meio do século passado, mais do que efeitos objectivos da idade e/ou escolaridade. Não se nega de todo este efeito contextualizador, mas isso é tema para uma outra investigação, de foro sociológico e antropológico.

5.1.7. "Impacte da cultura Urbana/Rural

H7: Comparação Urbano / Rural.

A ideia com que se partiu, na qual as pessoas rurais teriam uma aproximação diferente à prestação de serviços e sua avaliação, relativamente aos sujeitos urbanos, mantém-se e, até certo ponto foi reforçada. Os resultados experimentais foram, contudo, muito comedidos: nenhum dos itens do inquérito registou diferenciação estatística nos níveis considerados de alguma forma referenciais (0,01; 0,05). Apenas dois dos itens, "Atendimento personalizado" e "Alimentação", registaram tendências de diferenciação estatística com Sig de 0,06 e 0,07 respectivamente. Onde, os pacientes de origem rural cotam ligeiramente acima dos de origem urbana.

Presume-se contudo, que a falha que impediu a existência de muitos mais registos é da inteira responsabilidade do autor da Tese, tendo havido incapacidade de os classificar de uma outra forma que não a próxima da Oficial (INE modificada). Muitos dos sujeitos classificados nesta amostra como urbanos, foram-no apenas de estatuto legal. Apesar de referirem que apenas viveram as suas infâncias e juventudes nas aldeias e vilas do interior, e toda a sua idade adulta e velhice em cidades, é totalmente manifesta uma ligação referencial às suas raízes rurais. Considerá-los urbanos conforme feito, porque o são por estatuto, e por maioria de tempo de vivência, é muito limitado. Para que a investigação desta hipótese possa ser devidamente concretizada é essencial que se utilize alguma outra técnica da Sociologia ou da Antropologia que caracterize cada doente de modo mais rigoroso e reflexivo da realidade.

Dado o que foi presenciado durante as entrevistas ficou a "certeza" de que fazendo recurso a técnica apropriada se encontrará, não dois como hipotetizado no início desta

investigação, mas três padrões de respostas: um, o dos urbanos que sempre o foram, os quais cotarão os níveis mais baixos na prestação qualidade de serviço e satisfação; o segundo, o dos sujeitos que, tendo nascido e crescido em ambiente rural, e depois passado a maioria do tempo das suas vidas em contexto citadino, cotarão numa situação intermédia; e, finalmente, o terceiro grupo, que será o dos indivíduos que sempre permaneceram em ambiente rural, os quais darão as mais altas cotações.

5.1.8. "Impacte do género sexual"

H8: Por analogia à psicologia diferencial os padrões de resposta dos géneros sexuais tenderão a ser diferentes.

A presente conclusão faz-se mais pela negativa do que pela afirmação de um novo facto científico. Há a ideia socialmente repartida, e mesmo muito documentada na psicologia diferencial, de que existem formas muito diferenciadas de reacção dos homens e das mulheres, cabendo a estas últimas um papel mais expressivo e emocional, e aos homens algum grau de distanciamento afectivo, fruto de uma racionalização dos factos. 100 anos de psicologia científica fundamentam-no, 2800 anos de literatura explicitam-no.

Não se pretende negar algo que é genésico, porém verificou-se nesta pesquisa que isso não sucedeu de modo sistemático. Homens e mulheres raramente se diferenciaram com excepção de 6 dos itens com maior intensidade ($\text{Sig } 0,001 < X < 0,050$) e 5 com menor intensidade ($\text{Sig } 0,1 < X < 0,050$). A distribuição dos itens distintivos foi indiferenciada, repartindo-se pelos vários constructos.

Atribuí-se esta alteração de padrão comportamental à situação decorrer em ambiente extremo, isto é, quando a situação é limite não se reage tanto como homem ou como mulher, mas enquanto sujeito humano que tenta sobreviver, correspondendo o facto científico ao desaparecimento de boa parte da diferenciação de género sexual quando o ambiente de avaliação é extremo.

5.1.9. Teoria *Option-choosing*

H9: Em linha com a Teoria *option-choosing* de Bowers-Swan, e seus desenvolvimentos com Bendapudi e de Zeithaml, o comprometimento dos doentes na tomada de decisão levará à sua maior cotação das escalas de qualidade de serviço e de satisfação.

Apesar da importância do comprometimento do doente nas decisões clínicas não ser um elemento estruturalmente novo, contribuiu-se para o conhecimento científico com a aplicação do *option-choosing* ao contexto da medição da percepção da qualidade de serviço e da satisfação em ambiente hospitalar.

Quando os doentes são comprometidos no processo de tomada de decisão da escolha dos protocolos clínicos que lhes irão ser aplicados e, como prevê genericamente a teoria *option-choosing* de Bowers e Swan e, mais tarde nos alargamentos do conceito de integração do cliente no processo de *delivering* de Bendapudi e de Zeithaml, os sujeitos tendem a cotar mais positivamente quando avaliam qualidade ou exprimem satisfação.

Portanto, quanto ao envolvimento do doente, cumulativamente a todas as vantagens que foram identificadas na literatura (maior adesão do doente ao protocolo clínico, mais humanização do serviço, reflexão da igualdade estatutária dos doentes face ao médico, etc.) pode-se agora dizer que é mais uma forma de gerir os índices de satisfação do doente e de percepção de qualidade de serviço do hospital.

Um hospital que tenha um índice baixo poderá estar a reflectir (entre outras coisas) uma assimetria decisional não conforme ao desejado pelos doentes, ou no mínimo um fechamento da estrutura corporativa do hospital sobre si própria, revelando assim atraso organizacional.

Esta foi a primeira vez que tal evento foi testado em ambiente hospitalar, sendo por isso, uma contribuição desta Tese para o conhecimento científico. Não se aprofundou propositadamente as razões que conduzem o doente a essa majoração cotativa. Dado que esta investigação incidiu no conhecimento da estrutura da satisfação e de

qualidade de serviço, entendeu-se que não era o propósito procurar neste momento, as razões que conduzem aos factos, mas sim os factos de per si. Intuí-se, inclusive, que a investigação de envolvimento dos doentes na tomada de decisão do processo clínico seja de extraordinária complexidade contribuindo, por certo, inúmeros factores para esse resultado: desde os já identificados e inscritos na revisão da literatura, a que se somarão por certo vários outros, dado que a linha de investigação da estratégia *patient centered* só na última década deu os primeiros passos.

5.1.10. “Impacte da repetição dos internamentos”

H10: Os doentes com repetidos internamentos terão piores avaliações do que os que o fazem pela primeira vez.

Um outro facto inédito na literatura é o estabelecimento de uma relação entre o número de internamentos e os níveis de qualidade percebida e de satisfação com o serviço prestado. Encontrou-se uma relação inversa, em que quanto mais vezes o doente esteve internado, menores tendem a ser os níveis de positividade manifestos.

Não foi encontrada uma resposta definitiva capaz de estabelecer uma relação directa entre a existência da doença e um qualquer fenómeno de memorização (previsivelmente negativa) do internamento. Contudo, e olhando apenas para os dados que obtidos, considera-se que os resultados são interessantes para os conhecimentos teóricos e aplicados.

No primeiro caso, os dados disponíveis, sugerem a formação de uma memória que funciona como um filtro perceptivo, diminuindo a positividade das avaliações à medida que aumenta o número dos internamentos. Há uma grande curiosidade da comunidade científica acerca do conhecimento dos efeitos da memória na formação dos constructos de percepção de qualidade de serviço e de satisfação, zona em que o espaço temporal dificulta imenso o conhecimento dos mecanismos profundos genésicos e dinâmicos de ambas as instâncias. Para aprofundar este conhecimento poderá ser constituído um estudo com enfoque nos modelos cognitivos de memória e percepção, os quais darão por certo elementos complementares aos aqui obtidos.

No segundo caso, o do conhecimento aplicado, em situações onde os doentes sejam sujeitos a elevado número de internamentos, um mesmo desempenho de prestação de serviço tenderá a ser avaliado de pior forma, do que nos casos em que seja um primeiro internamento ou em que haja uma curta história de internamentos (ou se esteja ainda na fase inicial do processo clínico). Esse conhecimento é muito importante para o gestor hospitalar poder comparar os resultados de serviços onde é habitual os doentes terem um protocolo clínico de internamento recursivo, versus por exemplo, um de assistência ambulatoria.

5.1.11. "Impacte do tempo de internamento

H11: Os doentes com longos períodos de internamento tendem a registar as piores avaliações do que os que ainda se encontram no início do internamento.

Encontrou-se como o exposto nos resultados que, na generalidade dos itens do inquérito, quanto mais prolongado é o tempo de internamento, menos o doente tende a ser positivo nas avaliações. São excepções a esta regra os itens relacionados com as explicações a dar ao doente e, curiosamente, os itens relacionados com os aspectos tangíveis do hospital, exactamente aqueles que, de alguma forma, se aguardava serem os que estariam mais sujeitos à crítica, por constituírem elemento de desgaste e afastamento dos pertences do doente.

Foi muito relevante o facto de que os itens mais sensíveis a esta variável independente tenham sido os associados à relação pessoal. Por outras palavras, ficou a ideia de que os doentes se adaptam às condições tangíveis do hospital, podendo gostar mais ou menos delas conforme ficou inscrito na análise aos itens que procederam a essa verificação. Mas aquilo que faz impactar a variável, é o desgaste psicológico que o doente sente com o arrastar da situação a qual exprime o prolongamento do internamento. Isto é, em termos da discussão teórica os elementos emocionais suplantaram os elementos racionais na variável tempo de internamento, o que poderá indiciar que nas estruturas genéticas dos constructos da qualidade de serviço e de satisfação imperaram os elementos emocionais. Isso foi particularmente verdade na satisfação (Sig 0,009) por comparação com a qualidade de serviço (Sig 0,017).

À semelhança do que sucedeu na variável “número de internamentos”, manifestou-se uma memória que vai toldando a percepção. Os mecanismos de memória colocados em jogo, porém, parecem ser outros. Enquanto no caso anterior (número de internamentos), poder-se-á estar a exercer a memória de longo prazo, na hipótese presente é algo temporalmente mais próximo e funcional.

Não se pode, face à luz do conhecimento actual do funcionamento da memória humana, atribuir os resultados encontrados à memória operante, mas com alguma segurança pode-se dizer que, à data em que as respostas foram dadas, o doente estava a funcionar com recurso ao seu conhecimento anterior, fazendo-o interagir com a sua memória de curto prazo. Dir-se-ia especulativamente pela ausência de *design* de pesquisa apropriado que se formou na memória um género de gestalt Kolleriana. Este fenómeno também é desconhecido na bibliografia consultada.

5.1.12. Apoio psicológico como factor da qualidade e satisfação

H12: Por o Cancro ser uma doença tão estigmatizante, os doentes serão muito sensíveis aos aspectos psicológicos, podendo considerá-los como uma necessidade de *per si*.

A literatura científica de vários campos do conhecimento (medicina, psicologia, etc.) mencionou amiúde o interesse em se proporcionar apoio psicológico¹¹³, quase sempre arguindo razões de ordem clínica. Não entrando no domínio clínico e restringindo a leitura dos factos ao contexto da Gestão, o que aqui ficou bem patente é que os doentes (clientes) sentem absoluta necessidade que lhes seja proporcionada de alguma forma apoio psicológico, e que isso influencia de modo impactante as percepções da qualidade de serviço que é entregue ao doente, bem com no nível de satisfação que este manifesta acerca do serviço.

¹¹³ *Utiliza-se o conceito de apoio psicológico do ponto de vista da Gestão e do Marketing, não enquanto elemento clínico ou psicoterapêutico, isto é, dar apoio psicológico pode ser ou não em contexto terapêutico, o que aqui interessa é que o doente reconheça que ele lhe vai ser proporcionado.*

Esta dimensão afirmou-se com valor próprio para ser parte integrante do modelo SEM e contribuir para o *fit* global do modelo. Desse modo tornou-se um factor intrínseco aos constructos percepção de qualidade de serviço e, satisfação em ambiente hospitalar oncológico. Possivelmente sê-lo-á também noutras situações hospitalares onde se verifiquem situações de grande gravidade clínica.

Conforme se verificou no Quadro 51, a relação do item necessidade de apoio psicológico durante o período de internamento, foi muito marcante na manifestação das variáveis independentes, em particular junto dos doentes que estão nos seus primeiros dias de internamento, parecendo haver um fenómeno adaptativo progressivo que o integra na enfermaria. Mas mesmo nos casos de longa duração ainda há uma alta referenciação à necessidade desse apoio psicológico ser prestado.

Idêntico padrão se verifica com o número de internamentos, situação que vem reforçar as leituras interpretativas feitas a propósito das percepções de qualidade de serviço e da satisfação, quando discutidas as hipóteses relativas ao número e tempo de internamento.

Novas pesquisas são necessárias também acerca deste propósito. Ficou claro que só foi a florada esta temática, e identificada uma nova variável dos constructos em análise na Tese. Por exemplo, será necessário identificar em que consiste a essência do apoio psicológico para cada grupo considerado. Nos grupos trabalhados encontrou-se uma enorme diversidade de realidades que iam de situações de apoio religioso ao psicoterapêutico. Do mesmo modo, falta definir quais as abordagens a ter com os doentes em termos da sua inserção no protocolo clínico, intensidade, frequência, escolas clínicas mais ou menos impactantes nos constructos, para apenas mencionar os elementos mais urgentes.

5.2. Síntese da verificação de hipóteses

Confirmaram-se as hipóteses: H1 (produção de uma ferramenta de avaliação da Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente); H3 (risco de morte); H4 (Idade do doente); H5 (família terapêutica a que se recorre no protocolo clínico); H6 (grau de instrução do doente); H9 (teoria option-choosing); H10 (número

de internamentos); H11 (tempo de internamentos) e H12 (factor psicológico como valor próprio).

A confirmação foi apenas parcelar ou deficiente nas hipóteses: H2 (impactação do período em que é colhida (início/fim do internamento) a informação) e H7 (impactação da residência rural/urbana do doente).

A hipótese H8 (impactação de género) demonstrou interesse científico por não se ter concretizado a hipotetização de que homens e mulheres difeririam, como sucede em quase tudo o resto que é medido em percepção. Ao contrário, o resultado de cotação de ambos os sexos foi muito mais próximo do que o esperado, e isso poderá ter mais interesse científico do que a diferenciação.

6. Conclusões

Fazendo o balanço entre aquilo que se desejava produzir e o que foi efectivamente conseguido, pode-se afirmar que se obteve a larga maioria dos objectivos: Gerou-se uma ferramenta específica para a avaliação do *delivering* hospitalar oncológico, verificou-se a grande maioria das hipóteses, e naquelas onde isso não se sucedeu, os dados qualitativos, indicam que com uma reformulação adequada do método de recolha dos dados, muito provavelmente se confirmarão também.

Em contrapartida restou com igual intensidade a consciência de que a realidade Oncológica é de tal modo complexa, que apenas se aflorou a problemática. Outros elementos foram durante a pesquisa nuns casos evidenciados, noutras intuídos, que para um dia se trabalhar de modo apropriado a qualidade de serviço e a satisfação neste contexto será essencial que se incorporem no modelo as formas de abordagem terapêutica agora não trabalhadas, que se juntem a realidades de patologias excluídas desta pesquisa, e se alargue a investigação a outros grupos populacionais infelizmente também atingidos pela doença oncológica, que aqui forma excluídos aquando do Protocolo de Aceitação.

Na continuação da perspectiva de balanço dir-se-á que há a plena convicção de que se deu apenas mais um passo dos muitos necessários para chegar ao fim do percurso.

6.1. Contributo da Tese para o conhecimento científico

Os principais contributos da Tese decorreram a três níveis: metodológicos, sobre o comportamento de escala aplicada à avaliação de satisfação e de percepção de qualidade de serviço, e métodos de inquirição a públicos particulares; sociodemográficos, com acréscimo de conhecimento acerca de públicos habitualmente não estudados, e “científicos puros” com a análise da prestação de serviços em situações limite.

Elege-se como principal contributo da Tese o ter identificado uma nova área de condição do *delivering*, designada por simplificação, “prestação de serviços em situação extrema”, significando isso, a prestação de serviços em situação de grande intensidade de risco para o cliente e/ou em contextos limites.

Manifestaram-se nessa área um conjunto de eventos ainda não referidos na bibliografia de prestação de qualidade de serviços, nem da de satisfação, conforme foi sendo referido aquando da discussão das hipóteses.

O interesse nesse conhecimento reside em que, para além de ajudar a compreender o contexto de elevada intensidade relacional, clarifica mais algumas partes dos mecanismos genésicos e funcionais dos *constructos* em análise.

Com idêntico interesse considera-se o facto de se ter conseguido arranjar forma de estabelecer ligação quantitativa entre os *constructos* da qualidade de serviço e da satisfação. Neste item, verificou-se que, ao contrário da maioria da bibliografia, os *constructos* nem são a mesma coisa, nem são o oposto: deram mostras de serem composições lineares diferenciadas mas constituídas pelos mesmos componentes. A primeira, com domínio dos aspectos cognitivos, a segunda, com domínio dos aspectos afectivos.

Ao nível metodológico, o recurso ao *Gap* como *constructo* de interpretação da realidade revelou-se um grave problema, porque pelo menos neste ambiente extremo da Oncologia, o conceito de Hospital ideal é sensivelmente igual ao extremo da escala, não havendo portanto ganho nessa medição. Pelo contrário, interrogar o doente sobre o Hospital ideal obriga à colocação do dobro das questões com todo o esforço e stress que isso gera ao doente, colocando em causa o seu repouso. Deve-se uma vez mais recordar que estes doentes são pessoas sujeitas a desgaste físico brutal, pelo que aquilo que num indivíduo saudável seria uma questão de tempo, nestes sujeitos falamos em efectivo sacrifício, sem que haja qualquer ganho na medição.

No Modelo sugerido com esta Tese, o ONSERQUAL¹¹⁴, continua-se de certo modo na linha do SERVQUAL, assumindo-se porém que o Gap é entendido como sendo o diferencial ao extremo da escala como aliás já o vêm defendendo vários autores desde os anos 90.

Dos aspectos sociodemográficos estudados destaca-se as reflexões feitas acerca de grupos populacionais, quase ausentes da literatura científica, como o sejam os idosos e os não letrados. Verificou-se como esses grupos correspondem a realidades diferentes e a carecerem de novos estudos. Ao contrário homens e mulheres não manifestaram separação pronunciada nas situações limite, situação muito interessante a estudar com maior profundidade.

O envolvimento do doente na tomada de decisão teve uma impactação inequívoca, o que alarga a teoria option-choosing ao domínio hospitalar, e demonstra como ela pode ser empregue em benefício do doente.

Por último, o facto de se passar a saber que o tipo de tratamento imposto ao doente no seu protocolo clínico determina em parte a percepção que ele tem do serviço que lhe é proporcionado pelo hospital, pode se devidamente trabalhado ser usado como elemento de gestão da percepção do doente.

6.2. Contributos não científicos

Naturalmente que o principal contributo da investigação será a disponibilização do ONSERQUAL, que passará a estar disponível nos Hospitais Oncológicos (pelo menos portugueses) e facultará aos responsáveis dos Hospitais e dos Serviços, elementos ainda não cobertos pelas ferramentas actuais (ECSI geral para a saúde). Também se destaca a produção dos Protocolos de Ética e Garantias aos doentes porque repetidamente na literatura se verifica uma quase ausência de protocolos de intervenção nos trabalhos que incidem nos campos de saúde e seus equivalentes, conforme existem para a investigação em Medicina e Farmácia. Não sendo algo do

¹¹⁴ *Optou-se pela expressão na língua inglesa para fins de publicação científica internacional.*

foro científico, foi contudo um dos elementos que geraram maior curiosidade nas Conferências científicas internacionais onde se foi apresentando os vários passos da pesquisa, e maior número de solicitações de cópia de outros investigadores a trabalharem na área. Não sendo nada de científico, não é portanto passível de uma abordagem de negação Popperiana, porém acredita-se que poderá ser útil a outros investigadores, que mais não seja como ponto de partida.

6.3. Limitações do estudo

Para além das reservas metodológicas aduzidas a par e passo no texto, verificam-se como principais limitações do estudo, o enviesamento amostral decorrente da purificação imposta pelo Protocolo de Aceitação. Apesar da sua aplicação ser necessária, para se obter a melhor compreensão possível dos dados, não se dispuseram de nenhuns elementos de grupos populacionais inteiros como o sejam os menores.

Devido à especialização do IPO de Lisboa nas doenças femininas, o grupo dos homens está menos representado, o que significa que algumas das patologias recursivas do Homem não estão presentes, ou outras havendo-as têm representações marginais.

A própria natureza da doença fez com que os menores de 45 anos escasseiem na amostra, ficando a faltar saber se as populações mais jovens têm idêntica abordagem à dos sujeitos utilizados.

É necessário ainda grande cuidado na transposição intercultural, pois que a vivência da doença e da morte está intimamente associada à cultura na qual o sujeito está mergulhado, e esta patologia tem o risco de morte que se explanou, pelo que se limita a leitura no máximo, a adultos de países ocidentais.

6.4. Futuras pesquisas

Como se disse atrás, apenas se deu mais um passo num longo percurso. É essencial que se dêem passos em três direcções: pesquisa aprofundada em contexto de alta

intensidade e risco, elementos sociodemográficos das amostras e cobertura das restantes realidade da clínica oncológica.

Na primeira das direcções, destaca-se a necessidade de estudar situações de risco noutros contextos de prestação de serviços que não sejam o da oncologia. Verificar por exemplo se nessas outras circunstâncias também se esbatem as diferenças homem/mulher. Estudar os efeitos de memória temporal verificando o aparentemente efeito somativo aqui constatado.

Quanto aos elementos sociodemográficos tudo (ou quase) está por fazer. Não só na área hospitalar, nem sequer na de saúde. É a própria base social que ainda se encontra por conhecer: faixas etárias, segmentos de escolaridade, grupos culturais, camadas de rendimento, etc. nos quais se desconhece onde, e em que medida, impactam nos constructos base do *delivering*.

No contexto específico da realidade hospitalar oncológica, será agora necessário estudar entre muitas outras possibilidades, aquilo que se começou e não houve condições para dar seguimento: a impactação da progressiva tecnologização da prestação de cuidados de saúde avançados. Dentre outras possibilidades destaca-se também o estudo de outros grandes grupos oncológicos, a dimensão do hospital que noutras especialidades teve por vezes impactação, o papel das famílias, etc.

Posfácio

Chegado ao fim da Tese resta a sensação de ter percorrido um longo caminho, com muitos mais escolhos do que os previstos, e a certeza de que muito do que se registou ficou por escrever.

Dito isto que não passe a ideia de que há um registo negativo, apenas mais negativo do que o inicialmente pensado. Houve um trabalho aturado, extenso que creio ter dado os seus frutos: possibilitou apresentações em três Conferencias de nível Mundial, (dois Congressos Mundiais de Marketing da AMA, e um *Frontiers in Services*) publicação de *proceedings*, tendo-se em todos eles o cuidado de resguardar a condição de originalidade para o momento de defesa da Tese, e estão na calha para a pós-defesa 8 artigos em revistas científicas.

Bibliografía referenciada no texto

1. A. Suess; J. C. March; M. A. Prieto ; M. J. Escudero; E. Cabeza; A. Pallicer. 2006. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología (Barc.)* V29 N9.
2. Aharony, L.e Strasser, S. 1993. "The Patient Satisfaction Process," *Medical Care Research Review*, N50 V2, 219-24
3. Akan, P. 1995. "Dimention of service quality: a study in Istanbul". *Managing service quality*. V5, 39-43.
4. Al-Assaf; Schmele, J. 1993. "The Textbook of Total Quality in Healthcare". St. Lucie Press. Ed. 1997.
5. Anderson, E., Fornell, C.; Mazvancheryl S. 2004. "Customer Satisfactione Shareholder Value". *Journal of Marketing*, N68 V Out., 172-185.
6. Anderson, E., Sullivan, M. W. 1993. "The Antecedents and Consequences of Costumer Satisfaction for Firms," *Marketing Science*. N12 V2, 125-143.
7. Anderson, E.; Fornell C. 2000. "Foundation of the American customer satisfaction Index". *Total Quality Management*. V11 N7, 869-882.
8. Anderson, E.; Fornell, C. 1994. "Customer Satisfaction, Market Share and Profitability: Findings from Sweden," *Journal of Marketing*, N58 V7 53-66.
9. Anderson, E.; Zwelling L. 1996. "Measuring service quality at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. N9 V7, 9-22
10. Anderson, G. 1988. "Customer Satisfaction and Word – of – Mouth". *Journal of Service Research* N1 5-17.
11. Anitsal, Ismet ; Paige, Rosalind C . 2006. An Exploratory Study on Consumer Perceptions of Service Quality in Technology-Based Self-Service. *Services Marketing Quartely*. V27 N3. 53-67.
12. Apte, A; Apte, U; Venugopal, N. 2007. Focusing on customer time in field service: A normative approach. *Product and Operations Management Journal*. V16. N2. 189-202.
13. Arambewela, R; Hall, J. 2006. Comparative Analysis Of International Education Satisfaction Using Servqual. *Journal of Services Research*. V6 141-163.
14. Arbuckle, James L. 2006. *Amos User Guide*. Amos Development Corporation.
15. Arnold, E., Price, L., Zinhkas, G., 2002. "Consumers". New York: McGraw-Hill.
16. Babakus, E ; Pedrick D. L.; Inhofe, M. 1993. "Empirical examination of direct measure of perceived service quality using SERVQUAL items". In Cravens e Dickson. Eds. *Enhancing knowledge development in Marketing*. Vol 4. 8-9. AMA.
17. Babakus, E. ; Boller, G. 1992. "An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale,". *Journal of Business Research*. N24 V5, 253-268.
18. Babakus, E.; Mangold. 1992. "Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation". *Health Services Research*. V26, N6 767-786

19. Babakus, E; Inhofe, M. 1993. "Measuring perceived quality as multi-attribute attitude". *Developments in Marketing Science. Proceedings of Academy of Marketing Science*.
20. Babin, B. J., Darden, W. R. ; Griffin, M. 1994. "An Empirical Comparison of Alternative Conceptualizations of Postconsumption Reactions," *Journal of Consumer satisfaction dissatisfaction, and complaint*.
21. Bahnan, Nisreen; Coleman, Linda; Kelkar, Mayuresh. 2007. *The Quality of Service. Proceedings da ASBBS. V14. N1. 1-16. A publicar em breve*.
22. Barbeau, J. Bradley. 1985. Predictive and Normative Expectations in Consumer Satisfaction: A Utilization of Adaptation and Comparison Levels in a Unified Framework. In: H. Keith Hunt and Ralph L. Day, Editors, *Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, Indiana University School of Business, Bloomington, IN (1985). 27-32.
23. Barger, P. e Grandey, A. 2006. Service With A Smile And Encounter Satisfaction: Emotional Contagion And Appraisal Mechanisms. *Academy of Management Journal. V49, N6; 1229-*.
24. Barlow, J., Maul, D. ; Edwardson, M., 2000, "Emotional Value: Creating Strong Bonds With Your Customers", Ed. Berrett-Koehler: San Francisco.
25. Barsky, P. 1995. "The Clinical Course of Palpitations in Medical Outpatients". *Archives of Internal Medicine, N155 V16, 1782-1789*.
26. Batra, R. ; Holbrook, M., 1990, "Developing a Typology of Affective Responses to Adversiting," *Psychology of Marketing, N7 V2, 11-25*.
27. Bearden W. , Teel, J. 1993. "Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports". *Journal of Marketing Research. N20, 21-28*.
28. Bebko; Garg. 1995; "Perception of responsiveness in service delivery". *Journal of Hospital Marketing. V9 N2, 69-82*
29. Bendapudi, Neeli ;Robert P. Leone. 2003. "Psychological Implications of Customer Participation in Co-Production". *Journal of Marketing, N67 V Jan, 14-28*.
30. Berckley, Blair; Gupta, Amid. 1995. "Identifying the information requirements to deliver quality service". *International Journal of Service Industry Management. V5 N5 16-35*
31. Berry, Leonard L., Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A. 1990. Five Imperatives for Improving Service Quality. *Sloan Management Review. V31, N4, 29-39*.
32. Berry, Parasuraman. 1992. "Prescriptions for a Service Quality Revolution" in *America. Organizational Dynamics. P 5-15*.
33. Berthon, Pitt, Lyman. 1997. "Telling them or selling Them: Sales Orientation Vs Customer Orientation In Pharmaceutical Salesforce". *Harvard Working Paper N° 9504*
34. Berwick, Donald. 1989. "Countinuous improvement as an ideal in health care". *New England Journal of Medicine. N320, 53-56*
35. Berwick, Donald. 1994. "Eleven Worthy Aims for Clinical Leadership of Health System Reform". *JAMA Vol 272 N10*.
36. Berwick, Donald. 1996. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal. N312. 619-622*.
37. Berwick, Donald. 1999. "Reducing errors in medicine. *British Medical Journal". V139, 136-137*.

38. Bitner, M. J. 1990. "Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses". *Journal of Marketing*. V54 N4 69-82.
39. Bitner, M. J.; Booms, B. ; Mohr L. 1994. "Critical Service Encounters: The Employee's Viewpoint". *Journal of Marketing*. V Fall.
40. Bloemer ; Poiesz. 1989. "The illusion of consumer satisfaction". *International Journal of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction and Complaining Behaviour*. V2, 43-48.
41. Bollen, K. ; Long J. 1993. *Testing structural equation model*. Sage Ed.
42. Bolton, R. ; Drew, J. 1991. "A Multistage model of Customers' Assessments of service quality and value". *Journal of Consumer Research*, V17, 375-384.
43. Bolton, R.; Lemon, K; 1999. A dynamic model of costumers usage of services: Usage as an Antecedent and consequence of satisfaction. *Journal of Marketing Research*. V36 N2 171-186.
44. Boulding, W., Staelin, R, Zeithalm, V.; Kalra, A. 1993, "A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions," *Journal of Marketing Research*, N30 V2, 7-27.
45. Bowers, Michael; Swan, John E; Koehler, William. 1994. "What Attributes Determine Quality/Satisfaction with Health Care Delivery," *Health Care Management Review*. V19, N4, 49-55.
46. Brady, M. K. e Cronin, Jr. J.J. 2001. Some new thoughts on conceptualizin perceived service quality: A hierarchichal approach. *Journal of Marketing*. N65, V3, 34-49.
47. Bridgeman, J. 2002. *Learning from Bristol: Healthcare in the 21st Century*. *Modern review* N65 V2. 241-255.
48. Brogowicz,A; Delene, L; Lyth D. 1990. "A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications". *International Journal of Service Industry Management*. V1 N1.
49. Brown ; Swartz. 1989; "A gap analisys of professional service quality". *Journal of Marketing* V53 N4, 92-98.
50. Brown, S., Lamming, R., Bessant, J.; Jones, P., 2000. "Strategic Operations Management". Wobern: Butterworth-Heinemann.
51. Brown, Stephen; Fisk, Raymond; Bitner, Mary Jo. 1994. "The Development and Emergency of Service Marketing Thought" *International Journal of Service Industry Management*.
52. Brown, T., Churchill, G., Jr.; Peter, J. 1993, "Research Note: Improving the Measurement of Service Quality," *Journal of Retailing*, N69 V1, 127-139.
53. Bull, M. J. 1992. "Improving quality: A guide to effective programs". Meisenheimer Ed.
54. Buttle, Francis. 1996. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, V30, N1, 8-31.
55. Cabral, Graça ; Oliveira, Leite. 1988. "Boletim de saúde infantil e cobertura vacinal. Sua avaliação em Viscu". *Saúde Infantil* V10, 173-177.
56. Cadotte, E., Woodruff, R.; Jenkins, R. 1987. "Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction." *Journal of Marketing Research*, N24 V8, 305-314.
57. Cândido, F. ; Morris, D. 2000. "Charting service quality gaps". *Total Quality Management*. V11, 463-472.
58. Carman, J. 1990. "Consumer perception of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions". *Journal of Retailing*. V66 N1, 33-55.

-
59. Carman, J.M. 1990. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*. V66, 33-55.
 60. Carman, James. 2000. Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. *The Journal of Services Marketing*. V14, N4; 337-.
 61. Carrillat, François; A Fernando Jaramillo, Jay P. Mulki. 2007. The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales; A meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Service Industry Management*. Bradford. V18, N5; 472-
 62. Chamberlain, K. 1988, "On the Structure of Subjective Well-Being," *Social Indicators Research*. V20, 581-604.
 63. Chen,Z; Dubinsky, A. 2003. "A conceptual model of perceived customer value in e-commerce: A preliminary investigation". *Psychology and Marketing*. V20, N4 , 323 – 347.
 64. Choi, S e Mattila, S. 2008 (ainda não publicado). Perceived controllability ar service expectations: Influences on customer reactions followir service failure. *Journal of Business Research*. V61, N1; 24-.
 65. Christoglou K, Vassiliadis C., e Sigalas I. 2006. "Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey". *World Hospital Health Service*. N 42 V2, 21-26.
 66. Churchill, G., Jr.; Surprenaut. C. 1982. "An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, N19 V1, 491-504.
 67. Cialdini, R. B., Cacioppo, J. T., Basset, R., & Miller, J. A. 1978. The low-ball procedure for producing compliance: Commitment then cost. *Journal of Personality and Social Psychology*. N36, 463-476.
 68. Cialdini, R. B., Cacioppo, J. T.; Bassett, R.; Miller, J. A. 1978. "A. Low-ball procedure for producing compliance: Commitment then cost." *Journal of Personality and Social Psychology*. N36, 463-476.
 69. Claycomb, V.,e Mowen, J., 1992, (in Chadeee Mattsson, 1996), "An Empirical Assessment of Customer Satisfaction in Tourism,". *Service Industries Journal*, N16 V3, 305-320.
 70. Cleary P-D ; Edgman-Levitan et al. 1992. "Patients evaluate their hospital care, a national survey". *Health Affaires*. N10 V4, 254-267.
 71. Clow, K; Fischer, A.; O'Brian D. 1995. Patient expectation of dental services. *Journal of Health Care Marketing*. V15, N3, 23-31.
 72. Cock, Don ; Adams, Iain ; Ibbetson, Adrian ; Baugh, Phil. 2006. "REFERQUAL: a pilot study of a new service quality assessment instrument in the GP exercise referral scheme setting". *Health Service Research*. 6-61.
 73. Cooper, Ann., Cooper, M Bixby. ; Duhan, D. 1989. "Measurement Instrument Development using two Completing Concepts of Consumer Satisfaction." *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behaviour*, V2, 28-35
 74. Corvino, F. A. Standards for Satisfaction. 2005. *Marketing Health Services*. V25, N2; 45-47.
 75. Cronin, J. ; Taylor, S. 1994. SERVQUAL, Reconciling Performance-based and perceptions-minus-expectations measurements of service. *Journal of Marketing*. V58 N1. 125-131.
 76. Cronin, J.; Taylor, S., 1992, "Measuring Service Quality: A reexamination and Extension". *Journal of Marketing*. V56 N3 55-68.
-

77. Cronin, Jr., John J., M.K. Brady, ; G.T.M. Hult. 2000. "Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction". *Journal of Retailing*, N7 V(verão), 193-218.
78. Dabholkar, Pratibha. 1993. "Enhancing knowledge development in Marketing". *AMA Educators Proceedings*.
79. Dabholkar, Pratibha. 1995. "A Contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality". *Advances in Consumer Research*. Vol 22, 101-108.
80. Dabholkar, Pratibha. 1996. "Consumer evaluations of new technology-based self-service options: An investigation of alternative models of service quality". *International Journal of Research in Marketing*. V13 N1 29-51.
81. Dagger, T.; Sweeney, J. e Johnson, L. 2007 (ainda não publicado). *A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model*. V10, N2; 123-141.
82. Davidow, W. H. e Bro Uttal. 1989. "Service Companies: Focus or Falter," *Harvard Business Review*. N67, 77-85.
83. Dellby, Ulrika. 1996. "Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease the macro and micro prespective". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. N9 V2, 4-8.
84. Devellis, Robert. 1999. *Scale development. Applied Social Research Methods Series*. V26. Sage Pub.
85. Diamantopoulos, A.; Reynolds N.L.; Simintiras A.C. 2006. The impact of response styles on the stability of cross-national comparisons. *Journal of Business Research*, V59 N8, 925-935.
86. Dias, Maria do Rosário. 2003. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Editora Climepsi.
87. Dick, A., e Basu, K. 1994. "Customer Loyalty: Towards an Integrated Framework". *Journal of the Academy of Marketing Sciences*, N22, 99-113.
88. Diener, E. e Emmons, R. 1984. "The Independence of Positive and Negative Affect," *Journal of Personality and Social Psychology*, N47 V11 1105-1117.
89. Donabedian, A. 1980. "The definition of quality and approaches to its assesment". *Ann Arbor, Health administration Press*.
90. Donabedian, A. 1988. "The quality of care: How can it be assessed?" *Journal of the American Medical Association*. N260, 1743-1748.
91. Donnelly, Mike ; Kerr, Neil J. ; Rimmer, Russell ; Shiu, Edward M. 2006. *Assessing the quality of police services using SERVQUAL Policing: International Journal of Police Strategies & Management*. V29 N1. 92-105.
92. Drew, James e Bolton, Ruth. 1991. "The structure of costumer satisfaction: Effects of Survey Measurement". *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Consumer Complaining Behavior*. N4, 21-31.
93. Drew, Rosen; Karwan K. 1994. "Prioritizing the Dimensions of Service Quality: An Empirical Investigation and Strategic Assessment International". *Journal of Service Industry Management*. V5 N4, 39 - 52
94. DroGe, C., Halstead, D., Mackoy, R. 1996. "The role of competitive alternatives in the post-choice satisfaction formation process". *Journal of Academy of Marketing Science*. V5 N1, 18-30.
95. Durrande-Moreau, A. 1999. "Waiting for service: ten years of empirical research". *International Journal of Service Industry Management*. V10 N2 171 - 194.

96. Edvardsson, B. ; Haglund, L.; Mattsson, J. 1995. Analysis, planning, improvisation and control in the development of new services. *International Journal of Service Industry Management*. V6. N2. 24-35.
97. Eklöf, J. A.; Westlund, A. H. 2002. The pan-European customer satisfaction index programme - current work and the way ahead. *Total Quality Management & Business Excellence* V13, N8 Dez. 1099 – 1106.
98. Etudes economique de L'OCDE. 1997. "Reforme du system de santé". *Themes speciaux*.
99. Eurostat Yearbook 2006-2007. 2007. Eurostat. UE.
100. Evans J. , Lindsay, W. 2000. "The management and control of quality". 6^a Ed. Chris Sears.
101. Evason, E. ; Whittington D. 1991. "Patient Satisfaction studies: problems and implications explored in pilot study in North Ireland". *Health Education Journal*. Vol 50, 73-77.
102. Evason, E. ; Whittington, D. 1997. "Patient Perceptions of quality in North Ireland hospital trust: a focus group study". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol 10 N1, 7-19.
103. Fairfield, G. & Long, A. 1997. "Measuring the outcomes of disease management". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. N10 V4, 161-165.
104. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. 2007. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*. V18 N3 581-592.
105. Finkel, E. 2006. The Hilton's of hospitals. *Modern Healthcare*. V36, N49; 24 (Editorial da revista).
106. Fitzsimmons, J., e Fitzsimmons, M., 2000. "Service Management: Operations, Strategy and Information Technology". Nova Iorque: McGraw-Hill, Inc.
107. Folkes, V., 1984, "Consumer Reactions to Product Failure: An Attributional Approach," *Journal of Consumer Research*. N19 V3, 398-409.
108. Folkes, V., Weiner, Bernard; Amirham, James. Verette, Juliette. 1987. "An Attributional Analysis of Excuse Giving Studies of Nahive Theory of Emotions" *Journal of Personality and Social Psychology*, N52 V2, 316-324.
109. Folland, S., Goodman, A., e Stano, M. 1997. "The Economics of Health and Healthcare.". Ed. Prentice-Hall.
110. Ford S, Schofield T, Hope T. 2003. "What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A quality study". *Soc Sci Med*; 56-58.
111. Forgas, J. 1995b. "Strange Couples: Mood Effects on Judgements and Memory about Prototypical and Atypical Targets," *Personality and Social Psychology Bulletin*, N21, 747-765.
112. Forgas, J., 1995a, "Mood and Judgement: The Affect Infusion Model (AIM)," *Psychological Bulletin*, V117 N1, 39-66.
113. Fornell, C., 1992. "A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, N2 V3 227-235.
114. Fornell, Claes. 1998. "American Customer Satisfaction Index". *Frontiers in Services presentation - AMA*. Vanderbilt University. Nashville.

115. Forza, C. e Fillipini. R. 1998. "TQM impact on Quality Conformance and Customer Satisfaction: A Causal Model". *International Journal of Production Economics*. V55 N1; 1-20.
116. Fournier, S., e Mick, D. 1999. "Rediscovering Satisfaction," *Journal of Marketing*. N63 V4, 5-23.
117. Fox, J., e D. Storms. 1981. "A Different Approach To Sociodemographic Predictors of Satisfaction With Health Care," *Social Science Medicine*, 15A, 557-64. Cit in: "Important elements of outpatient care : A comparison of patients' and physicians' opinions" 1996. Laine C. ; Davidoff, F. ; Lewis C. E. ; Nelson E. C. ; Nelson E. ; Kernell R. C. ; Delbanco T. L. ; Centro documental científico francês CNRS.
118. Fuentes, C.M. 1999. Measuring hospital service quality: a methodological study. *Managing Service Quality*, V9 N4. 230-239.
119. Funston, R. 1992. "Great Expectations: Improving Customer Service". *CMA*, V66, 24-28.
120. Fusilier & Simpson. 1995. "AIDS patients' perceptions of nursing care quality". *Journal of Health Care Marketing*. V15 N1 49-53.
121. Gap analysis of patient meal service perceptions. Hwang, L. J.; Eves, A.; Desombre, T. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V16, N2/3; 143-153.
122. Garvin, D. 1984. "What does product quality really mean?" *Sloan Management Review*. Fall 25-48.
123. Georgantzias, N. , C. Madu. 1994. "Service Designs for Quality: Integrated-Process Necessity". *The Mid-Atlantic Journal of Business*, N30, V1, 55-80.
124. Ghobadian A. 1994. "Service Quality: Concepts and Models". *International Journal of Quality and Reliability Management*, V11, N9, 43-66.
125. Giese, J. ; Cote, J. 2000. "Defining Customer Satisfaction". *Journal of Academy of Marketing Sciences*. N1.
126. Gilber, F. and Lumpkin, J., 1992. "Adaptation and Customer Expectations of Health Care Options," *Journal of Health Care Marketing*, N12 V3, 46-56.
127. Goehring, Katherine. 2002. Linking a service culture with patient satisfaction.. *Healthcare Executive*. V17, N 4; 60-61.
128. Grönroos C. 1998. "Marketing services: the case of a missing product". *Journal of Business & Industrial Marketing*. V13 N4/5, 322 – 338.
129. Grönroos, C. 1983; "Strategic Management and marketing in Service Sector". *Marketing Science Institute*. Boston MA.
130. Grönroos, C. 1993. "Toward a third phase in service quality research: challenges and future directions". *Advances in Services Marketing and Management*.
131. Gronroos, Christian. 1978. A service-oriented approach to marketing of services. *European Journal of Services*. V12, N8, 858-
132. Grönroos, Christian. 2007. *Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition*. 3ªEd. (1ª ed 1993) Ed. Lexington Books.
133. Gummesson, E. 2001. "Are you looking forward to your surgery?" *Journal of Managing Service Quality*. V11 N1, 7-9.
134. Gupta, S; Zeithalm, V. 2006. Customer metrics and their impact on financial performance. V25 N6. 718-741

135. Hair, Mario. 2006. Superqual: A Tool to Explore the Initial Expectations of PhD Students and Supervisors. *The Journal of the Institute for Learning and Teaching*. V7 N1. 9-23.
136. Hall, J.; Dorman, M. 1988. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social sciences and medicine*. V27 N6. 637-644.
137. Halstead, D., 1999. "The Use of Comparison Standards in Customer Satisfaction Research and Management: A Review and Proposed Typology," *Journal of Marketing Theory and Practice*, N7 V3, 13-26.
138. Hart, Mike. 1996. "Improving the quality of NHS out-patient clinics: The applications and misapplications of TQM". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V9 N2, 20-27.
139. Hauser, J., e Clausing, D., 1988. "The House of Quality," *Harvard Business Review*, N3, 63-73.
140. Headley D. ; Miller S. 1993. "Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior". *Journal of Health Care Marketing* V13 N4 32-41.
141. Hemenway, D. 1994. "Economics of childhood immunization". *Economic Inquiry*. V32 N3, 519-523.
142. Heskett, J., Sasser, W., Jr.e Hart, C., 1990. "ServiceBreakthroughs: Changing the Rules of the Game". Nova Iorque: The Free Press.
143. Hibbard JH. 2003. "Engaging Health Care Consumers to Improve the Quality of Care". *Med Care*. 41-70.
144. Hill, C. Jeanne; William, Motes. 1995. Professional versus Generic Retail Services: New Insights. *Journal of Services Marketing* N 9 V2, 22-35.
145. Hill, N. ; Alexander, J. 2000. "Handbook of Customer Satisfaction and Loyalty Measurement". Aldershot Gower.
146. Holbrook M; Huber J. ; Lynch J., Corfman K., Feldman J. Lehmann, D. Munier L, Schkade D. ; Simonson I. 1997. "Thinking About Values in Prospect and Retrospect: Maximizing Experienced Utility". *Marketing Letters* .V8, N3.
147. Holbrook, M. e O'Shaghnessy, J. 1984. "The Role of Emotion in Adversiting," *Psychology and Marketing*, V1 N2, 45-64.
148. Holland, J. 2001. *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York.
149. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. 1970. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care*. V8 N5, 429-36.
150. Hunt, H., 1977. "CS/D-Overview and Future Research Directions," in *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, H. Keith Hunt 1980. (Ed.), Cambridge, MA. Marketing Science Institute. (versão electrónica de e-book).
151. Hyun Choo, W; Choi, K; Lee, S; Lee, H; Kim, C. 2004. The relationships among quality, value, satisfaction and behaviour intention in health care provider choice. *Journal of business research*. V57 N8 913-921.
152. Iacobucci, D., Grayson, K,e Ostrom, A., 1994, "Customer Satisfaction Fables,". *Sloan Management Review*, N35 V4, 93-97.
153. Imai, M. 1986. "Kaizen: The key to Japan's competitive success". McGraw-Hill. NY.

-
154. Inui, T. e Carter, W. 1985. "Problems and prospects for Health Services Research on Provider-Patient Communication". *Medical Care*. V23 N5, 521-538.
 155. IPQ: Organismos de Certificação Acreditados. 2005. in *Qualidade em Exame*. Dez 2005. 34-44.
 156. Izard, C., 1977, *Human Emotions*, New York: Plenum Press. Ed. de 1993.
 157. Jacoby J, Olson, J. 1985. *Perceived Quality*. Lexington Books.
 158. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). 2000. "Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals". *The Official Handbook*. Oak Terrace. .
 159. John, J. 1991. "Improving Quality Through Patient-Provider Communication," *Journal of Health Care Marketing*, V11 N4, 51-61.
 160. John, J. 1992. "Why are older patients and less educated patients less satisfied with health care quality. *Health Marketing Quarterly*. V10 N1-2 209-17.
 161. John, J.; Gabbot, M. ; Hogg, G. 1998. "The Healthcare consumer" in *Consumers and Services*, Ed. John Willey and Sons.
 162. Johns, N. e Howard, A. 1998. Customer expectations versus perceptions of service performance in the food service industry. *International Journal of Service Industry Management*, V9 N3. 248-265.
 163. Johnson, M. ; Gustafsson, A. 2000. "Improving Customer Satisfaction, Loyalty, and Profit: An Integrated Measurement and Management System". San Francisco: Jossey-Bass.
 164. Joreskog, K. ; Sorbom, D. 1988. *Lisrel 7. A guide to the program and applications*. Chicago.
 165. Juran, J. M. e Godfrey, A. B. 1999. "Juran's Quality Handbook". 5ª Ed. MackGraw-Hill.
 166. Juvaheer, T.; Kassean, H. 2006. *Journal of Hospital Marketing and Public Relations*. V16. N1/2. 89-111.
 167. Kamakura, W. & Mazzon, J. 1991. "Values Segmentation : A model for measurement of values and values systems". *Journal of Consumer Research*. Septiembre 208-221.
 168. Kaplan H., Freedman, A., Sadock, B. 1995. "Comprehensive text book of psychiatry". 6ª edition. Baltimore, Williams & Williams.
 169. Kartha, C., 2002, "ISO9000: 2000 Quality Management Systems Standards: TQM Focus in a New Revision," *Journal of American Academy of Business*, Cambridge, N2 V1,1-6.
 170. Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S, Lesko L. 2000. Stress and burnout in oncology. *Oncology*. V11 N14. 1621-1633.
 171. Kelley, W. ; Davis, M. 1994. "Antecedents of customer expectations for service recovery". *Journal of the Academy of Marketing Science*. N1, 52-61.
 172. Kitchroen, K. 2004. "Literature Review: Service Quality in Educational Institutions", *ABAC Journal*, V24, 14-25
 173. Kleinsorge, I.e Koeing, H., 1991. "The Silent Customers: Measuring Customer Satisfaction in Nursing Homes," *Journal of Health Care marketing*, V11 N4. 2-14.
-

174. Klocker, G., Kaiser, U., Schwaninger, M. 1997. „Truth in the relationship between cancer patient and physician”. *Annals of New York Academy of Sciences* N809.
175. Koornneef, Erik, 2006. “Measuring quality in services for children with an intellectual disability”. *International Journal of Health Care and Quality Assurance*. V19 N5, 400-409.
176. Kristensen, K. Martensen, A., ; Gronholdt, L. 1999. “Measuring the Impact of Buying Behaviour on Customer Satisfaction”, *Total Quality Management*, V10 N4/5, 602-614.
177. Kristensen, K., Juhl, H. ; Ostergaard, P. 2001. “Customer Satisfaction: some results for European Retailing,”. *Total Quality Management*, N12 V7-8, 890-897.
178. Kuhn, Thomas. 1962. “The Structure of Scientific Revolutions”, publicado em 1983 nas Ed. Flammarion (*La structure des revolutions scientifiques*).
179. Laing A. 2002. “Meeting patient expectations: healthcare professionals and service re-engineering”. *Health Service Management Research*. V15 165-172.
180. Larson, B. W. 1999. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*. N8 V6, 693-700.
181. LaTour, S. ; Peat, N. 1979. “Conceptual and Methodological Issues in Consumer Satisfaction Research,” in W. L. Wilkie (Ed.) *Advances in Consumer Research*, Vol. 6. Ann Arbor, Association for Consumer Research.
182. LeBlanc, G. ; Nguyen N. 1997. Serching for excellence in business educaton: an exploratory study of cosyumer impression of service quality. *International Journal of Education Management*. V11. N2. 72-79.
183. Lee, Jungki. 2006. Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country The Applicability of SERVQUAL. *Services Marketing Quarterly*. V27, N 2, 9-23.
184. Lee, P-M; Khong, P.W.; Ghista, D. 2006. Impact of deficient healthcare service quality. *The TQM Magazine*. V18, N6; 563-.
185. Lennea, X.; Domingo D.; Gilc, A.; Ridaod, M.; J.A. Dervauxa, J. 2006. Economic evaluation of varicella vaccination in Spain—Results from a dynamic model. *Vaccine*. V24, N47-48. 6980-6989.
186. Lerner BH. 1999. “Great expectations: Historical perspectives on genetic breast cancer testing”. *American Journal of Public Health*; N89 V6 938-945.
187. Leyland, P.; Watson R.; Cavan C. 1997. “Service quality in information systems. A longitudinal case study”. *Harvard Working Papers*, N° 9412.
188. Licata, J. ; Mowen J. 1995. “Diagnosing perceived quality in the medical service channel”. *Journal of Health Care Marketing*. V15 N4, 42-49.
189. Liljander, V. ; T. Strandvik. 1995. “The Relation Between Service Quality, Satisfaction and Intentions”, in Paul Kunst and Jos Lemmink (eds.), *Managing Service Quality*, London, Paul Chapman Publishing Ltd, 45-63.
190. Linville, P. 1982. “The complexity-extremity effect and age-based stereotyping”. *Journal of Personality and Social Psychology*.
191. Linville, P. 1985. “Don't put all your eggs in one cognitive basket. *Journal of Social Cognition*”.
192. Lopes, H. ; Bowers, M. ; Nascimento F. 1999. Connecting Service Performance with SWOT Analysis to Improve Segmentation Strategies.

- Apresentação na Conferencia *Frontiers in Services* 1999. Nashville, Outubro 1999.
193. Lopes, H. 2001. For a Continuous Improvement of Quality in Healthcare. Capítulo do livro *Health Care Quality and Disease Management*. Ed. IPQ/ME.
 194. Lovelock, C. H. 1983. Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*. V47. N3. 9-20.
 195. Lytle, R. ; Mokwa M. 1992. "Evaluating health care quality: The moderating role of outcomes". *Journal of Health Care Marketing*. V12 N1 4-14.
 196. Maister, David, 1985. The one firm: what makes it successful? *Sloan Management Review*. V41, N8 p15.
 197. Mandelbrot, Benoit. (1985; 1998). *Objectos fractais*. Ed. Gradiva.
 198. Mano, H. ; Oliver, R. 1983. "Assenssing the dimensionality and the structure of consumption experience: Evaluation, feelling and satisfaction". *Journal of Consumer Research*. V20, 451-466.
 199. Mano, H. 1991. "The Structure and Intensity of Emotional Experiences: Method and Context Convergency," *Multivariate Behavioral Research*, N26 V3, 389-411.
 200. Marsha R. Gold, Sc.D., Robert Hurley, Ph.D., Timothy Lake, M.P.P., Todd Ensor, and Robert Berenson, M.D. 1995. A National Survey of the Arrangements Managed-Care Plans Make with Physicians. *New England Journal of Medicine*. V333, N5, 1678-1783.
 201. Martin-Hirsch, J. ; Wriqth, G. 1998. The development of a quality model: Measuring effective midwifery services. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V11 N2. 50-57.
 202. Maryon-Davis, A. e Bristow, A. 1999. *Managing Nutrition in Hospital*, Nuffield Trust, London.
 203. Mattsson, J. 1992. A service quality Model based on an Ideal Value Standard. *International Journal of Service Industry Management*. V3 N3. 18-33.
 204. McAlexandre, D. ; Koenig, H. 1994. "Service quality mesurement: examination of dental practices sheds more lighth on the relationships between service, quality, satisfation, and purchase intentions in health care setting". *Journal of Health Care Marketing*. V14 N3, 34-40.
 205. McGrath P. 2002. "Allied health professional services for oncology outpatients: An Australian comparative study". *Journal of Allied Health*; V 31N1 29-35.
 206. Mead N, Bower P, Hann M. 2002. "The impact of general practitioners patient-centredness on patients postconsultation satisfaction and enablement". *Soc. Sci. Med*. N55, 283-299.
 207. Meyer, G. ; Shack, R. 1989. "Structural Convergency of Mood and Personality: Evidence for Old and New Directions," *Journal of Personality and Social Psychology*. N51 V10, 691-701.
 208. Molías, L. M., 2004, "Implementing a Quality System in a Sport Organization – EFQM Model", *International Sport Conference*. Portugal.
 209. Montanari, M. 1998. *História da Alimentação*. Ed. Terramar.
 210. Monto A. 1996. The Clínical efficacy of influenza vaccination. *Pharmacoeconomics* V9 Sup 3, 16-22.

211. Nazim S T., Basak E., Mahmut G., Mehmet A., Ayla K.; Meric S.. 2002. Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University. *BMC Cancer*. V 2, 2-30.
212. Newsome, P. R. H.; e Wright, G. H. 1999. A review of patient satisfaction: Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British Dental Medicine*. V186 N4.
213. O Compromisso da Rainha. 1512. Pergaminho da Rainha D. Leonor. Nº Inventário 7.1/1 do Hospital Termal das Caldas da Rainha. Transcrição para português moderno Ed PH 1992.
214. O'Connor & Carney. 1994; The great gap: physicians' perceptions of patients service quality expectations fall short of reality. *Journal of Health Care Marketing*. V14 N2 32-39
215. O'Connor, S.; Shewchuk, R. 2003. Commentary-Patient satisfaction: What is the point?. *Health Care Management Review*. V28, N1; 21-25.
216. Oliver, R. L. 1980. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences so Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469
217. Oliver, R. L. 1981. Measurement and evaluation of satisfaction processes in Retail settings. *Journal of retailing*, 57 (fall) 27-48
218. Oliver, R. L. 1989. Processing of the Satisfaction Response in Consumption: A Suggested Framework and Research Propositions, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior*. 2, 1-16
219. Oliver, R. L. e DeSarbo, W., 1988, "Response Determinants in Satisfaction Judgments," *Journal of Consumer Research*, 14(3): 495-507.
220. Oliver, R. L., 1993, "Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response," *Journal of Consumer Research*, 20(12): 418-430.
221. Oliver, R., 1996, *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. Boston: Irwin/McGraw-Hill.
222. Oliver, R., 2001, "Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings," *Journal of Retailing*, 57(3): 25-48.
223. Oliver, R., e Swan, J., 1989, "Equity and Disconfirmation Perceptions as Influences on Merchant and Product Satisfaction," *Journal of Consumer Research*, 16(12): 372-383.
224. Oliver, Richard. 1993. Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research* V20 , N3 , 418-430.
225. Oliver, Richard; Bearden, William. 1985. Crossover effects in the theory of reasoned action: a moderating influence attempt. *Journal of Consumer Research*. V12 N3. 324-340.
226. Ostrom, A.; Meuter, M.; Bitner, M. J. 2000. Self-service Technologies: Understanding customer satisfaction with technology-based service encounters. *Journal of Marketing*. V64 N3, 50-64.
227. Oswald, S.; Snipes, R; La Tour, M; Armenakis. 2005. The effects of specific job satisfaction facets on customer perceptions of service quality: an employee level analysis. *Journal of business research*. V58. N10. 1330-1339.
228. Oswald, S.L., Turner, D.E., Snipes, R.L. and Butler, D. 1998. Quality determinants and hospital satisfaction. *Marketing Health Services*. V18, 18-22.
229. Otani, Koishiro; Richard S Kurz; Thomas E Burroughs; Brian Waterman. 2003. Reconsidering models of patient satisfaction and behavioral intentions. *Health Care Management Review*. V 28, N1; 7-20.

-
230. P. Gayne. 2006. Focus on physician satisfaction to improve quality, boost patient satisfaction, contribute to bottom line Health Care Strategic Management. V24, N4. 11-12.
 231. Parasuraman et al. 1990. An empirical examination of relationships in an extended service quality model. Marketing Service Institute.
 232. Parasuraman P. Zeithalm, V. & Berry. L. 1988; SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perception of the service quality. Journal of Retailing V64 N1 12-40
 233. Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. 1993. More on improving the measurement of service quality. Journal of Retailing, 69(1), 140-147.
 234. Parasuraman, P. ; Colby, C. 1998. A scale for measuring customers technology readiness: replication, refinement, and implications for service organizations. Proceedings Frontiers in Services Conference 1998.
 235. Parasuraman, P. Zeithalm, V. & Berry. L. 1985; A conceptual model of service quality and its implications for futures research. Journal of Marketing V49 41-50
 236. Parasuraman, P.; Zeithaml, V.; Malhotra, A. 2005. E-S-Quality: a multiple item scale for accessing electronic service. Journal of service Research V7 N3. 213-233.
 237. Parkin DM; Bray F; Ferlay J; Pisani P. 2005. Global cancer statistics, 2002. Cancer Journal Clinic. V55 N2, 74-108
 238. Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL, Selby PJ, Wright EP. 2004 Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. Pharmacy Practitioner. V21 N4 437-442.
 239. Peter, J.; Gilbert, C. Brown, T. Caution in the use of different scores in consumer research. The Journal of Consumer research. V19 N4. 655-662.
 240. Peterson, R.,e Wilson, W., 1992, "Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact," Journal of the Academy of Marketing Science, 10(4): 61-71.
 241. Pokorn, M; Kopac S.; David Neubauerb, D.; Čižman A. 2001. Economic evaluation of Haemophilus influenzae type b vaccination in Slovenia. Vaccine. V19, N25-26. 3600-3605.
 242. Ponte P. R., Conlin G, Conway J.P. et al. 2003. Making Patient-centered Care Come Alive. Achieving Full Integration of the Patient's Perspective. JONA; V33 N2.
 243. Powers, T. L.; Bendall-Lyon D. 2003. The satisfaction score. Marketing Health Services. V23, N3; 28-.
 244. Quinn, M; Babb P., Brock, A. Kirby, L. Jones J. 2001 Cancer trends in England and Wales 1950-1999. National Statistics UK.
 245. Quiram B.J. 2000. Use of the servqual scale to measure expectations and perceptions of service quality in an ambulatory health care setting. PhD. Thesis. Texas A&M University
 246. Raduan Che Rose, Jegak Uli, Mohani Abdul, Kim Looi Ng. 2004. Hospital service quality: a managerial challenge. International Journal of Health Care Quality Assurance V17 N3 146-159
 247. Raspollini, E.; Pappaletera, M.; Ricardi, D.; Parravicini, A. 1997. Use of SERVQUAL to assess clinician's satisfaction with blood transfusion service. Vox-Sang; N73 V3, 162-166.
 248. Reeves, C.A. & Bednar, D.A. 1994. Defining Quality: Alternatives and Implications. Academy of Management Review, 19. 419-445
-

-
249. Reicheld, F.e Sasser, W., Jr., 1990a, "Zero Defections: Quality comes to Service,," *Harvard Business Review*, Sept-Oct.: 105-111.
 250. Reicheld, F.e Sasser, W., Jr., 1990b, "Loyalty-Based Management," *Harvard Business Review*, N71 V2, 64-72.
 251. Reidenbach & Sandifer-Smallwood 1990. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*. V10 N4 47-55
 252. Reisenzein, R., 1994, "Pleasure-Arousal Theory and the Intensity of Emotions," *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(9): 525-539.
 253. Relatório e Contas do IPO 2004. IPOFGCRO Lisboa. 2005
 254. Rohini, R.; Mahadevappa, B. 2006. Service Quality In Bangalore Hospitals - An Empirical Study. *Journal of Services Research*. V6, N1. 59-81.
 255. ROR, Registo Oncológico Regional. 1992. Incidência e Mortalidade 1991.
 256. ROR, Registo Oncológico Regional. 1997. Incidência e Mortalidade 1993.
 257. Rosen, L.e Karwan, K., 1994, "Prioritizing the dimensions of service quality: An empirical investigation and strategic assessment," *International Journal of Service Industry Management*, 5(4): 39-52.
 258. Rubin, H., Gandek, B.,e Rogas, W., 1993, "Patients' Rating of Outpatient Visits in Different Practice Settings: Results from the Medical Outcomes Study," *Journal of the American Medical Association*, 270(8): 835-840.
 259. Rust, R. ; Zahoric, A. 1993. Customer satisfaction, customer retention, and market share. *Journal of Retailing*.
 260. Rust, R. T., & Oliver, R. L. (Eds.). (1994). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage
 261. Rust, R. T., Zahorik, A. J., & Keiningham, T. L. 1995. Return on quality (ROQ): Making service quality financially accountable. *Journal of Marketing*, 59(2), 58-70.
 262. Rust, R.; Lemon, K.; Zeithaml, V; 2004. Return on Marketing: Using Customer Equity to Focus Marketing Strategy. *Journal of Marketing*. V68. 109-127.
 263. Rust, Roland; Stewart, Greg; Miller, Heather,;Plielack, Debbie. 1996. The satisfaction and retention of frontline employees. A customer satisfaction measurement approach. *International Journal of service Industry Management*. V7, N5, 62-
 264. Sale, D. 1996. *Quality assurance: for nurses and other members of the health care team*. Ed MacMillan
 265. Samson D.; Parker R. 1994. Service Quality: The Gap in the Australian Consulting Engineering Industry: *International Journal of Quality & Reliability Management*. V11 N7 60 - 76
 266. Saramago, Alfredo. 1997. *Para uma história da alimentação no Alentejo: da pré-história aos nossos dias*. Ed Colares
 267. Schröder, A.; Larsson, B.; Ahlström, G. 2007. Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V20, N2; 141-.
 268. SEHD. Scottish Executive Health Department. 2001. *Our National Health: A Plan for Action, A Plan for Change*. HMSO. Edinburgh.
 269. Shaw, Robert. 1998. *Improving marketing effectiveness – the methods and tools that work best*. The Economist Books.
-

-
270. Shelton, P., 2000, *Measuring and Improving Patient Satisfaction*. Gaithersberg: Aspen Publishers.
 271. Shewchuck, R., O'Connor, S., e White, J., 1991, "In Search of Service Quality Measures: Some Questions Regarding Psychometric Properties," *Health Services Management Research* 4(1): 65-75.
 272. Shore. B. E., Franks, P., 1986, *Physician Satisfaction with patients encounters. Reliability and validity of an encounter specific questionnaire*. *Medical Care*. Jul 24 (7); 580-589.
 273. Shostack, G. L. 1977. *Breaking free from product marketing*. *Journal of Marketing*. N41, April), 73-80.
 274. Singh, J., 1990, "A Multifacet Typology of Patient Satisfaction with Hospital Stay," *Journal of Health Care Marketing*, 19(12): 8-21.
 275. Sixsmith, Andrew; Hine, Nick; Neild, Ian; Clarke, Nick M; Brown, Steve; Garner, Paul. 2007. *Monitoring the Well-being of Older People*. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Smart Technology. V23 N1, 9-23.
 276. Snipes, R. L.; Thomson, N. F.; Oswald, S. 2006. *Gender bias in customer evaluations of service quality: an empirical investigation*. *The Journal of Services Marketing*, V20, N4; 274-
 277. Soon-hoo So ; Kim, JaeJon ; Cheong, KiJu ; Cho, Geon. 2006. *Evaluating The Service Quality Of Thirdparty Logistics Service Providers Using The Analytic Hierarchy Process*. *Journal of Information Systems and Technology Management*. V3, N3.
 278. Stahl, Stephen, 2002, *Essential psychopharmacology of antipsychotics and mood stabilizers*. Cambridge University Press.
 279. Stayman, D., 1992, "Some effects of Schematic Processing on Consumer Expectations and Disconfirmation Judgments," *Journal of Consumer Research*, 19(2): 240-256.
 280. Steenkamp, Jan ; Trijp, Hans. 1991. *The use of LISREL in Validating Marketing Constructs*. *Research Methods in Marketing*. Cap 7. Elsevier
 281. Storm, C., e Storm, T., 1987, "A Taxonomic Study of the Vocabulary of Emotions," *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(10): 805-816.
 282. Strasser, S. e Davis, R., 1991, *Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press.
 283. Strawderman L., Koubek R. , 2006. *Quality and usability in a student health clinic* *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V19 N 3 225 - 236
 284. Strawderman, Lesley ; Koubek, Rick. 2006. *Quality and usability in a student health clinic*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V19 N3 225-236.
 285. Sullivan, B; Estes, C. 2007. *Measuring Customer Service Quality in Local Government*. *Jornal Public Manager*. V36, N1; 37-39
 286. Sutton, Matt; McLean, G. A publicar 2007-2008. *Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study*. Universidade de Glasgow
 287. Svensk, Ulrika. 1996. *Disease Management at the system level an effective way to improve health care*. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9/7; pag 4-8.
-

-
288. Swan, J., 1983, "Consumer Satisfaction related to Disconfirmation of Expectations and Product Performance," *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. I, pp. 44-47.
289. Swan, J., 1983, "Consumer Satisfaction Research and theory: Current Status and Future Directions," in R. L. Day and H. K. Hunt (Eds.) *International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington: Indiana University.
290. Swan, J., Trawick, I., e Carrol, M., 1981, "Effect of Participation in marketing research on Consumer Attitudes Toward Research and satisfaction with Service," *Journal of Marketing Research*, 18(8): 356-363.
291. Swan, J; Bowers, M. & Buchanan, P. 1998 Option choosing in services – Exploring a new phenomenon: Implications for service satisfaction and quality. Not yet published – submitted to *Journal of Service Research*.
292. Swan, John E. e Michael R. Bowers (1997), "Option Choosing in Services: Exploring A New Phenomena: Implications for Service Satisfaction and Quality," *AMA Frontiers in Services Conference*, Nashville TN: Vanderbilt University.
293. Teas, R., 1993, "Expectations, Performance, Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality," *Journal of Marketing*, 18(10): 18-34.
294. Teas, R., 1994, "Expectations as a comparison standard in measuring service quality: An assessment of a reassessment," *Journal of Marketing*, 58(1): 132-139.
295. Tolga Taner, Jiju Antony. 2006. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*. V19 N 1 1-10
296. Tor Wallin, 1997, "The impact of satisfaction with service recovery on corporate image and future repurchase intention", Report N. 5 – 1997, School of Business in Research Reports.
297. Tor Wallin, 1999, "What drives customer loyalty with complaint resolution", *Journal of Service Research*, V. 1, N. 4, 324-332.
298. Tor Wallin, Andreassen e Bodil Lindestad, 2004, "The effect of corporate image, information of customer loyalty", *Journal of Service Research*, V.7, N 1.
299. Tse, D. e Wilton, P. 1988. Models of Consumer Satisfaction: An extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212
300. Tucker, J., e Adams, S., 2001, "Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their case." *Managing Service Quality*, 11 (4): 272-286.
301. Turhal, N.; Efe, B.; Gummus, M.; Aliustaoglu, M; Sengoz, M. 2002. Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of marmara university, Istanbul, turkey: a staff survey. *BMC Cancer* V2. 2-30.
302. Tyran, Crayg ; Ross, Steven. 2007. Service Quality Expectations And Perceptions: Use Of The Servqual Instrument For Requirements Analysis. *Issues in information System*. V7 N1, 357-363.
303. Veronesi, U., Von Kleist, S., Redmond, K., Costa, A., Delvaux, N., Freilich, G., Hudson, T., McVie, J., MacNamara, C., Meunier, F., Pecoralli, S. and Serin, D. 1999. Caring about women and cancer: a European survey of the perspectives and experiences of women with female cancers. *European Journal of Oncology Nursing*. V3 N4. 240-250.
-

304. Vilares, Manuel; Coelho, P. 2004. Relatório de avaliação do Índice de Satisfação dos doentes dos Hospitais SA. ISEGI - Universidade Nova de Lisboa.
305. Vilares, Manuel; Coelho, Pedro S.; Lopes, Henrique. Forward. Portuguese Hospital Satisfaction Index. ISEGI Universidade Nova de Lisboa.
306. Voss, Z. G.; Cova, V. 2006. How sex differences in perceptions influence customer satisfaction: a study of theatre audiences. *Marketing Theory*. V6, N2; 201-
307. Wallbridge, S., e Delene, L., 1993, "Measuring Physician Attitudes of Service Quality," *Journal of Health Care Marketing*, 13(1): 6-16.
308. Wartman, S., 1983, "Patient Understanding and Satisfaction as Predictors of Compliance," *Medical Care*, 21(9): 886-891.
309. Wensing, Michael. 2000. Evidence-based patient empowerment. *Quality in Health Care* V9: 200-201
310. Wensing, Michael; Elwyn Glin. 2002. Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care* V11 153-157
311. Wensing, Michael; Elwyn Glin. 2003. Improving the quality of health care - Methods for incorporating patients' views in health care. *British Medical Journal*. V326 877-879
312. Westbrook, R. e Oliver, R. 1981. Developing better measures of consumer satisfaction: Some preliminary results. In *Advances in Consumer research*. Kent Monroe. 8, 94-99
313. Westbrook, R., e Oliver, R., 1991, "The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction," *Journal of Consumer Research*, 18(6): 84-91.
314. Westbrook, R., e Reilly, M., 1983, "Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction," in Bagozzi, R., and Tybout, A., (Eds.), *Advances in Consumer Research*, Volume 10: Association for Consumer Research, Ann Arbor: 256-261.
315. Westbrook, R., Newman, J., e Taylor, J., 1978, "Satisfaction/Dissatisfaction in the Purchase Decision Process," *Journal of Marketing*, 42, p. 54-60.
316. Westlund, A. 2001. Measuring environmental impact on society in the EFQM system. *Total Quality Management & Business Excellence*. V12 N1. 125-135.
317. Williams & Calnan. 1991. *Lap perspectives and Experiences*, Londres. UCL Press.
318. Wirtz, J. e Bateson, J. 1992. Consumer satisfaction with services. Opening up the disconfirmation paradigm. *Proceedings of the 2nd International Marketing Conference*. France. IAE 728-748.
319. Wirtz, J., Mattila, A., e Tan, R., 2000, "The Moderating Role of Target-Arousal on the Impact of Affect on Satisfaction-An Examination in the Context of Service Experiences," *Journal of Retailing*, 76(3): 347-356.
320. Wirtz, J; Bateson, J. 1995. "An experimental investigation of halo effects in satisfaction measures of service attributes". *International Journal of Service Industry Management*. V6 N3, 84 - 102.

-
321. Wisniewski, M.; Wisniewski, H. 2005. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. V18, N2/3; 217-228.
 322. Woo Hyun Cho, Hanjoon Lee, Chankon Kim, Sunhee Lee, Kui-Son Choi. 2004. The Impact of Visit Frequency on the Relationship between Service Quality and Outpatient Satisfaction: A South Korean Study. *Health Services Research*. V39 N1, 13-34.
 323. Woodruff, R. Clemons, S.; Shumann, D; Gardial, S and Burns M. 1991. The Standards Issue in CS/D Research: A historical perspective. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 4, 103-109.
 324. Woodside, A., Frey, L., e Daly, R., 1989, "Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention: From General to Applied Frameworks of the Service Encounter," *Journal of Health Care Marketing*, 9(12): 5-17.
 325. Woodside, Arch G. 1991. What is Quality and How Much Does it Really Matter? *Journal of Health Care Marketing*, N11 , 61-67.
 326. Yavas, Ugur; Benkenstein, Martin. 2007. Service quality assessment: a comparison of Turkish and German bank customers. *Cross Cultural Management: An International Journal*. V14 N1. 161-168.
 327. Yi, Youjae, 1991, "A Critical Review of Consumer Satisfaction," in Valarie A. Zeithaml (ed.), *Review of Marketing 1991*, American Marketing Association: Chicago.
 328. Young, Terry; Brailsford, Sally; Connell, Con; Davies, Ruth; Harper, Paul; Klein, Jonathan. 2004. Using industrial processes to improve care. *British Medical Journal*. V328 162-164
 329. Zeithalm V., Mary Jo Bitner, and Dwayne D. Gremler (2006), *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York: McGraw-Hill Irwin.
 330. Zeithalm, V. 1993. The nature and determinants of customer expectation service. *Journal of academy of Marketing Science* V21
 331. Zeithaml, Berry e Parasuraman. 1991. Understanding of customer expectations of service. *Sloan Management Review*. N32 V3, 42.
 332. Zeithaml, V. 1988. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, V52, N3 2-22.
 333. Zeithaml, V. A., e Bitner, M., 2004. *Services Marketing: Integrated Customer Focus Across the Firm*. 3ª Ed. Boston: McGraw-Hill
 334. Zevon, M., e Tellegen, A., 1982, "The Structure of Mood Change: An Idiographic/Nomothetic Analysis," *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (7): 111-122.
 335. Zwitter, Matjaz, 1997. Communication with patient in clinical research. *Annals of New York Academy of Sciences* N 809.
 336. Zyzanski, S.; Hulka, B.; Cassel, J. 1974. Scale for measurement of satisfaction with medical care: Modifications in content , formal and scoring. *Medical Care*. V12 N7. 611-620.
-

Bibliografia referenciada na Internet

337. Arranhado, Emilia. 2006. Direcção Geral de Saúde. Avaliação da vacinação. <http://www.ordembilogos.pt/Arquivo/Emilia%20Arranhado1.html>
338. Berkowitz. E. 1998. History of Health Services Research Project Interview with Avedis Donabedian. National Institut of Health. <http://www.nlm.nih.gov/hmd/nichsr/donabedian.html>.
339. CIRC Epidemiologie du Cancer. 2007. Centre International de Recherche sur le Cancer – OMS. <http://www.iarc.fr/IARCPress/general/epi.pdf>.
340. EFQM. 2007.
341. Enders, A. 2006. University of Montana. <http://rtc.ruralinstitute.umt.edu/advocacy/technology.htm>.
342. EuroStat. 2007. Despesa dos euro 25 e dos candidatos em função do PIB http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996.39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=sdi_ph&root=sdi_ph/sdi_ph/sdi_ph_hum/sdi_ph1120.
343. FedStat. 200. Despesa nacional com a saúde <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>.
344. Franko, Frederick, 2002. webpage University Liverpool. Referencia a artigo electronico do AORN Journal. The important role of the Joint Commission – Health Policy Issues - Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_6_75/ai_88576001
345. Funston, R. 1992. Great Expectations: Improving Customers Service. CMA Magazine 66 N3 24-28. <http://www.efqm.org/>
http://www.iso.org/iso/about/iso_in_figures/iso_in_figures_3.htm
346. Hulka, R., Cassel, J., e Thompson, S. 1970. “Scale for the Measurement of Attitudes Toward Physicians and Medical Care,” Medical Care, V8 N9, 429-435. in: www.ncbi.nlm.nih.gov
347. ISO dados de Junho de 2007. <http://www.iso.org/iso/en/stdsdevelopment/tc/tclist/TechnicalCommitteeList.TechnicalCommitteeList>
348. ISO in Brief. 2007. <http://www.iso.org/iso/en/aboutiso/isoinbrief/isoinbrief.html>
349. ISO in Brief. 2006. <http://www.iso.org/iso/en/aboutiso/isoinbrief/isoinbrief.html>.
350. ISO in Figures. 2007.
351. Kings Fund’s History. 2006. http://www.kingsfund.org.uk/about_us/history.htm.
352. National Statistics. 5 Years Cancer survival Rates. 2007. <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=861>.