

A COORDENAÇÃO RELACIONAL NUMA UNIDADE DE
SAÚDE PRIVADA COMO DETERMINANTE DA
QUALIDADE PERCEBIDA DA SATISFAÇÃO E DA
LEALDADE DO CLIENTE

Ana Isabel Ventura Henriques Gomes Ribeiro da Cruz

Projecto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, ISCTE Business School,

Departamento de Gestão

Novembro 2010

A COORDENAÇÃO RELACIONAL NUMA UNIDADE DE
SAÚDE PRIVADA COMO DETERMINANTE DA
QUALIDADE PERCEBIDA DA SATISFAÇÃO E DA
LEALDADE DO CLIENTE

Ana Isabel Ventura Henriques Gomes Ribeiro da Cruz

Projecto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, ISCTE Business School,

Departamento de Gestão

Novembro 2010

*Deveríamos estudar, pesquisar, trabalhar, escrever, relacionar-nos com prazer.
Quando a angústia se converte em regra e o tédio se transforma numa norma, algo está
profundamente errado.
Perdemos a nossa essência.*

Augusto Cury

Aos meus filhos Sebastião e Assunção

AGRADECIMENTOS

Qualquer trabalho científico sendo à partida um crescente e árduo trabalho que resulta de uma actividade individual, não deixa de ter implícita ou explicitamente a participação e contribuição de outras pessoas. Nessa perspectiva, gostaria de deixar aqui os meus agradecimentos às pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projecto:

Ao Professor Francisco Nunes pela sua sabedoria nas orientações objectivas e concretas que me ajudaram a descobrir o caminho;

À Dr.^a Sofia Amador pela sua disponibilidade e colaboração na pesquisa de informação;

À minha família e amigos pelo apoio e entusiasmo que me transmitiram e por toda a paciência que tiveram comigo;

À administração da Clínica Europa pela sua disponibilidade e apoio, aos meus colegas pela sua colaboração na aplicação dos questionários;

A todos os participantes neste estudo... que de uma forma ou de outra viabilizaram a sua concretização.

Muito obrigada!

RESUMO

A Coordenação Relacional (CR), teorizada por Gittel, constitui um atributo das equipas multidisciplinares e demonstra ter um forte poder explicativo de uma boa *performance* no contexto da saúde. Sendo um modelo de interacção e coordenação informal de métodos de trabalho, que complementa os mecanismos clássicos já existentes, a CR contrapõe à gestão da interdependência de funções e tarefas a gestão da interdependência dos próprios profissionais.

Com base numa amostra de 200 pacientes submetidos a intervenção cirúrgica numa unidade de saúde privada, o presente estudo teve como objectivo testar se as pessoas são sensíveis à existência de CR. O estudo procurou saber se há relação entre a existência deste atributo e a impressão de qualidade causada nos clientes, e se a CR influencia as suas crenças e atitudes que, por sua vez, se traduzem em lealdade à instituição.

Foi adoptado um modelo de pesquisa utilizado num estudo sobre intenções comportamentais e factores que estão na sua origem, como a qualidade percebida e a satisfação, e que permitiu juntar a CR a estas variáveis e testá-la na mesma perspectiva.

Os resultados obtidos confirmam que os clientes são sensíveis à existência de CR, pelo forte poder explicativo que a CR demonstrou ter da qualidade percebida. Segundo o modelo de investigação, ao revelar-se que a qualidade percebida determina a satisfação e esta as intenções comportamentais, traduzidas no regresso à instituição e sua recomendação, confirmou-se também que a CR influencia a lealdade do cliente à instituição.

Palavras-chave: Coordenação relacional; qualidade percebida; satisfação; intenções comportamentais; lealdade.

ABSTRACT

Relational Coordination (RC), theorized by Gittel, is an attribute of multidisciplinary teams that reveals a strong power in accounting for a high performance in the context of health care. As a model of informal interaction and coordination of working methods, which is complementary to the existing classical methods, RC sets the management of interdependence among the very same professionals against the management of interdependence among functions and tasks.

Based on a sample of 200 patients who underwent surgical treatment at a private hospital, the current study investigated whether people are sensitive to the existence of RC. The study tried to find out whether there is a relation between RC and the quality perceived by the customers and whether RC affects the customer beliefs and attitudes, which will, in turn, determine their loyalty to the institution.

A research procedure was adopted, which had been used in a study about behavioral intentions and factors that influence them, such as the quality perceived by the customers and their satisfaction, which enabled to join RC to these variables and test it in the same perspective.

Results confirm that customers are sensitive to the existence of RC, since RC strongly accounts for perceived quality. According to the research process, since perceived quality influences satisfaction and satisfaction influences behavioral intentions, it was also confirmed that RC influences customer loyalty to the institution.

Keywords: Relational coordination; perceived quality; satisfaction; behavioral intentions; loyalty.

SIGLAS

CR – Coordenação Relacional

DP – Desvio Padrão

F – Indicador complementar de R^2

M – Média

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

r – Valor da correlação entre variáveis

R^2 – Variância explicada pelo conjunto dos antecedentes teóricos e de controlo

ABREVIATURAS

α - Coeficiente de Alpha de Cronbach

β - Relação da variável antecedente com a dependente

Cont. – Continuação

e.g. – Por exemplo

et al. – Entre outros

p. – Página

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico e Hipóteses de Pesquisa	15
1 – A SATISFAÇÃO DO CLIENTE	15
2 – A QUALIDADE PERCEBIDA	18
3 – AS INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS	22
4 – A DESCONFIRMAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	24
5 – A PERCEÇÃO DO AUTO CONTROLO SITUACIONAL	25
6 – A COORDENAÇÃO RELACIONAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE	26
7 – O MODELO TEÓRICO - HIPÓTESES DE PESQUISA	31
CAPÍTULO II – Método	33
1 – A ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO	33
2 – AMOSTRA	35
2.1. – Caracterização da Amostra	35
3 – MEDIDAS E VARIÁVEIS	40
4 – PROCEDIMENTOS	44
5 – ANÁLISE	45
6 – RESULTADOS	47
6.1. – Variáveis Antecedentes da Qualidade Percebida	50
6.2. – Variáveis Antecedentes da Satisfação	52
6.3. – Variáveis Antecedentes das Intenções Comportamentais	53
7 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71
ANEXO I – Pedido de Autorização à Administração da Clínica Europa	72
ANEXO II – Comunicação Interna aos Enfermeiros do Internamento	74

ANEXO III – Modelo do Questionário Aplicado	76
ANEXO IV – Tabelas Estatísticas da Caracterização da Amostra	89
ANEXO V – Tabelas Estatística da Frequência de Resposta	92
ANEXO VI – Tabelas Estatísticas da Consistência Interna das Escalas	98
ANEXO VII – Tabelas Estatísticas das Médias, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Mínimos e Máximos Observados por Questão	104
ANEXO VIII – Médias, Desvios Padrão e Correlação entre Variáveis	111
ANEXO IX – Regressão Linear Múltipla entre Qualidade Percebida com a Desconfirmação das Expectativas numa Dimensão Focal / Contextual e a Coordenação Relacional	113
ANEXO X – Regressão Linear Múltipla entre a Satisfação com a Coordenação Relacional, a Qualidade Percebida e o Auto Controlo Situacional	116
ANEXO XI – Regressão Linear Múltipla entre as Intenções Comportamentais e a Satisfação	119

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Dimensões da Coordenação Relacional	28
Figura 2 – Modelo de Investigação	32
Figura 3 – 1ª Análise de Regressão Parcial	46
Figura 4 – 2ª Análise de Regressão Parcial	46
Figura 5 – 3ª Análise de Regressão Parcial	46
Figura 6 – Modelo Estrutural do impacto das variáveis antecedentes na Qualidade Percebida, na Satisfação e nas Intenções Comportamentais	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Sexo	36
Gráfico 2 – Distribuição de Valores da Idade	36
Gráfico 3 – Habilitações Académicas	37
Gráfico 4 – Foi a Primeira Vez que Utilizou os Serviços da Clínica	37
Gráfico 5 – Já Tinha Contacto com a Clínica Europa	38
Gráfico 6 – Porque Escolheu Esta Clínica	38
Gráfico 7 – Recuperação Pós-Cirúrgica	39
Gráfico 8 – Número de Noites que Passou na Clínica	39

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Estatística Descritiva das Escalas Estatísticas	47
Tabela 2 – Médias, Desvio Padrão e Correlação Entre as Variáveis em Estudo	48
Tabela 3 – Resultado da Análise de Regressão da Qualidade Percebida com as Variáveis Antecedentes, Incluindo as Variáveis de Controlo	51
Tabela 4 – Resultado da Análise de Regressão da Satisfação com as Variáveis Antecedentes, Incluindo as Variáveis de Controlo	52
Tabela 5 – Resultados da Análise de Regressão Linear das Intenções Comportamentais com a Variável Antecedente Satisfação Incluindo as Variáveis de Controlo	54

INTRODUÇÃO

A qualidade, a satisfação e a lealdade do cliente, enquanto indicadores do sucesso dos serviços de saúde, são fundamentais para entender a reacção às estratégias e políticas adoptadas pela organização e para avaliar a eficácia da sua implementação.

Nesta perspectiva e no contexto actual da saúde privada, em que a livre escolha do cliente é uma evidência, é fundamental que as organizações de saúde repensem a sua estratégia de captação e fidelização do cliente. Para isso, são necessárias decisões estratégicas na criação de um ambiente de mercado competitivo com as unidades de saúde concorrentes e localizadas na mesma área de influência.

As organizações assim alinhadas estão à partida focadas em requisitos que beneficiam directamente o consumidor, como sejam a qualidade e a satisfação, e beneficiam-se a si próprias pela capacidade de promover a lealdade dos seus utilizadores. Estas organizações são capazes de captar clientes que a servem de forma vital, ao fazerem referência publicitária na passagem da mensagem de boca-a-boca (Zeithaml e Bitner, 2000).

Na perspectiva da captação do cliente e com base nos indicadores referidos - qualidade, satisfação, lealdade - este estudo pretendeu testar o impacto de outro indicador, a Coordenação Relacional (CR), considerado à partida como um contributo de forte poder explicativo da *performance* das instituições de saúde. Sendo a CR um atributo reconhecido das equipas multidisciplinares no contexto da saúde, pretendeu-se saber se a existência deste atributo é importante a ponto de influenciar a impressão de qualidade deixada no cliente. Melhor dizendo, se a um aumento da presença de CR, corresponde uma impressão de qualidade superior, capaz de influenciar as crenças e atitudes dos clientes para com a instituição.

Estudos que procuram medir a satisfação em si mesma e outros que medem os determinantes da qualidade e da satisfação, têm revelado alguma controvérsia na relação de entendimento das diferentes dimensões que os originam. Na procura de um modelo de pesquisa que permitisse identificar os factores que estão na origem da qualidade, da satisfação e da lealdade, que permitisse perceber a sua relação de entendimento e simultaneamente acrescentar a CR como variável, destacou-se um modelo encontrado

num estudo desenvolvido por Gotlieb (1994) sobre intenções comportamentais. Neste estudo, o autor explica as variáveis que antecedem as intenções comportamentais, a sua sequência e entendimento parcimonioso. As variáveis consideradas foram: "(...)a desconfirmação das expectativas, a qualidade percebida, a satisfação, a percepção de controlo situacional e as intenções comportamentais." Gotlieb (1994: 876). Ao explicar o relacionamento destas variáveis, o autor ajudou a encontrar uma forma de entendimento dos antecedentes da percepção de qualidade, das crenças e atitudes dos clientes, permitindo juntar a CR como potencial determinante. Deste modo, foi utilizado o mesmo modelo de pesquisa, foi introduzida a variável CR, e foi considerado que a lealdade seria traduzida pelas intenções comportamentais quando estas correspondessem ao regresso do cliente à instituição e à sua recomendação.

No que se refere à percepção de qualidade e satisfação dos utilizadores, parece clara a importância que têm os profissionais da linha da frente na interação com o cliente, tanto na prestação de cuidados como no atendimento em geral. Na instituição em estudo, os enfermeiros e os administrativos do *front-office* têm um peso considerável dentro deste grupo de profissionais. Representam em primeira instância a organização e por isso mesmo contribuem activamente para causar no cliente uma primeira impressão e imagem positiva ou negativa. Baseado na teoria do conhecimento social, Goodwin e Gremler (1996) asseguram que a satisfação do cliente depende muito de uma boa interação entre o prestador de serviço e o cliente, realidade que tem, aliás, sido constatada por muitos outros autores. Na perspectiva da percepção de qualidade e satisfação do cliente e sabendo à partida que as organizações de saúde estão sujeitas a ambientes de trabalho naturalmente complexos, torna-se importante realçar a influência no cliente de outro tipo de interação - a interação 'entre profissionais'. Sabendo que a teoria da CR pretende, nesta matéria, incrementar níveis de qualidade no relacionamento dos profissionais, levanta-se a seguinte questão - será a qualidade da interação e relacionamento entre os profissionais de uma instituição de saúde um factor determinante da satisfação final do cliente, tal como o é a boa relação entre prestador e consumidor? Esta é uma questão que aparentemente não tem merecido a devida atenção por parte dos investigadores, até agora mais centrados na interação entre prestador e consumidor.

Num contexto de trabalho hospitalar assume particular importância uma acção concertada na forma como os profissionais coordenam o seu trabalho, se relacionam e

interagem nas diversas actividades. Neste contexto, Longest e Klingensmith (1988: 235) referem que,

“(...) a coordenação representa o principal instrumento pelo qual os gestores articulam e integram as várias pessoas das diferentes unidades dentro das organizações e integram as suas organizações com outras.”.

Se não existe efectividade nas ligações, as organizações podem-se tornar fragmentadas e isoladas com concomitante declínio da *performance* e consequente insatisfação do cliente. Sobre este tema, Gittel tem defendido uma perspectiva da coordenação que denominou de Coordenação Relacional (*relational coordination*), e à qual se refere como sendo um mecanismo de coordenação do trabalho que complementa os mecanismos clássicos já existentes. Trata-se de uma teoria que defende que os objectivos e metas partilhados motivam os funcionários para irem além da optimização do processo global de trabalho, e que o conhecimento partilhado dá informação aos profissionais de como encaixar as tarefas nesse mesmo processo. O respeito mútuo incentiva os trabalhadores a valorizar o contributo dos colegas, a considerar o impacto das suas acções sobre os outros e a reforçar a tendência para agir em relação ao trabalho na sua globalidade. Esta teia de relações melhora a frequência, a pontualidade e a precisão da comunicação, no âmbito da resolução de problemas, permitindo aos profissionais diminuir os obstáculos a uma efectiva coordenação dos processos de trabalho em que estão envolvidos. A CR assume, por isso, uma das dimensões do relacionamento que interfere mais directamente no desempenho profissional, no desempenho geral dos serviços e possivelmente na impressão de qualidade, satisfação e atitude dos clientes.

Assim, considero ser uma mais valia testar cientificamente a sensibilidade dos clientes à existência de CR, neste caso numa unidade de saúde privada - a Clínica Europa - por ser a instituição onde exerço a minha actividade profissional. Num tempo em que é crescente a pressão da competitividade das empresas e se verifica uma busca incessante da qualidade para atingir níveis de satisfação que ultrapassem as expectativas do cliente, espero contribuir positivamente para o enriquecimento dos factores determinantes destes imperativos. Ao confirmar-se o impacto positivo da CR no cliente, fica o propósito de desenvolver de forma sistematizada esta cultura, alinhando-a a uma estratégia de captação e fidelização do cliente, nesta e, possivelmente, noutras instituições de saúde.

CAPÍTULO 1 - Enquadramento Teórico e Hipóteses de Pesquisa

1 - A SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Ao longo dos últimos 10 anos houve um interesse crescente pela ‘satisfação do consumidor’, que fez com que o termo satisfação fosse referido em larga escala na literatura, e apontado como um conceito cujos contornos se mostram vagos ao reunirem realidades múltiplas e diversas. Os vários estudos realizados sobre este tema, dizem-nos que são muitas as formas como se pode definir, classificar e abordar a satisfação e tudo o que a envolve. Reconhecido como um conceito subjectivo e multidimensional, a falta de uma definição consistente e de uma teoria que oriente a sua mensuração originou uma diversidade de abordagens metodológicas adoptadas pelos vários estudos já realizados. Desta forma, existem diferenças importantes na operacionalização do conceito da satisfação, na definição dos seus componentes ou dimensões e na forma de os medir.

No passado as pesquisas ligavam um serviço de qualidade ao desempenho empresarial e ligavam a satisfação do cliente à intenção de compra. Hoje em dia, acresce dizer, que a qualidade percebida é a chave que determina o sucesso de uma organização devido ao papel básico que tem no alcance da satisfação do cliente (Williams e Calnan, 1991), e na rentabilidade de um hospital (Donabedian, 1996). Este conceito traduz bem a ideia de que a satisfação e lealdade do cliente são obtidas através de altos níveis de desempenho dos serviços, inseridos em instituições que se querem competitivas com outras unidades de saúde. Nesta linha de pensamento Donabedian (1988) também refere, que a satisfação do paciente devia ser indispensável para avaliar a qualidade dos serviços e contribuir para desenhar os sistemas de gestão dos cuidados de saúde.

Se considerarmos que os clientes são os destinatários das acções de saúde, serão eles, certamente, quem melhor sentem os problemas e as necessidades a que se quer dar resposta, logo, quem melhor poderá colaborar num diagnóstico prévio para o encontro

de soluções adequadas para esses problemas e necessidades. No caso da instituição em estudo, a maioria dos clientes tem um nível médio alto de escolaridade, factor este, relevante, pois os clientes melhor informados são os mais exigentes na defesa dos seus direitos, e em virtude disso, os mais capazes de colaborar na identificação dos atributos que melhor contribuem para a sua satisfação.

A satisfação do cliente intimamente ligada à qualidade, não reside apenas na utilização de técnicas modernas, sofisticadas e não invasivas, mas também em muitos outros aspectos como sejam os das relações humanas. Num estudo publicado por Taylor (2004: 528), de uma revisão de estudos que pretendia identificar a satisfação geral do paciente, o autor refere:

“(...) a idade e a raça do paciente influenciam em parte a satisfação mas os factores que mais a determinaram são as relações interpessoais, as atitudes da equipa, a comunicação do pessoal, o aumento das explicações e informações prestadas, e ainda, o tempo de espera relativamente à expectativa do doente.”

Segundo Andaleeb (2001), a satisfação do cliente devia encontrar o seu caminho no desenvolvimento dos serviços de saúde, tendo em conta a relação entre a qualidade percebida e a satisfação. Para Pascoe (1983) que formulou o seu próprio modelo, a satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjectivos de ordem cognitiva e afectiva, e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjectivos do cliente. Estes critérios incluem a combinação entre um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, e uma relação entre a experiência passada com situações similares e um nível subjectivo mínimo de qualidade de serviços a alcançar.

Os modelos mais recentes de satisfação do cliente pararam de manipular a satisfação como uma variável estática, concebendo-a como um processo ampliado ou um sistema de interacção em torno da compra, uso e actos de recompra. Esta nova perspectiva reconhece que o cliente tem uma reacção psicológica para com o produto, que não pode ser representada como o resultado de um único episódio, mas como uma sequência de reacções ao longo do tempo. Nesta perspectiva, Venkatapparao e Gopalakrishna (1995) consideram que a satisfação influencia a mensagem passada de boca em boca. Outros autores referem que a satisfação do cliente influencia a vontade de seguir a prescrição do médico, prevenindo, à partida, reclamações. Esses autores referem ainda, que a satisfação representa a avaliação global da experiência total de

compra e consumo, seja real ou prevista, ou ainda, como defende Oliver (1997), que a satisfação do cliente pode ser analisada sob duas perspectivas diferentes: como um resultado associado à preocupação com a natureza da satisfação; ou como um processo essencialmente preocupado com as suas causas.

Cada vez é menos consensual na literatura em como a satisfação e a qualidade percebida formam um único constructo. Segundo Lacobucci *et al.* (1994), tanto a qualidade do serviço como a satisfação são constructos associados a atitudes. Outros autores sugerem que a avaliação da qualidade do serviço e da satisfação são verdadeiros intercâmbios, ou ainda, como referem Tse e Wilton (1988: 204):

"(...)A satisfação é uma resposta do consumidor à avaliação da discrepância entre as expectativas prévias e o desempenho real do produto percebida após ser consumido."

Os últimos estudos são unânimes em dizer que a satisfação é uma resposta afectiva a uma expectativa de desconfirmação, e envolve um processo cognitivo que cria uma ordem causa efeito. A qualidade do serviço representa um julgamento cognitivo, enquanto a satisfação é uma avaliação mais afectiva. Esta ordem posiciona a qualidade do serviço como um antecedente da satisfação, sendo que, a existência de evidência empírica apoia a ligação causal entre a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação do paciente. A satisfação é assim entendida como a reacção do cliente à experiência de utilização de um serviço, ou à aquisição de um produto de acordo com a sua expectativa. A satisfação traduz-se num sentimento de prazer ou desapontamento, mediante o resultado da comparação do desempenho esperado relativamente à expectativa criada. A busca pela satisfação do cliente está presente durante todo o processo de aquisição ou utilização dos produtos/serviços. Os clientes, os utilizadores e aqueles que detêm o poder de os influenciar, determinam a última palavra e até que ponto um produto atende ou não as suas necessidades, e é capaz de satisfazer as suas expectativas. Desta forma, a satisfação dos pacientes pode ser vista como uma atitude resultante da confirmação ou desconfirmação das expectativas (perspectiva do resultado), ou como um processo resultante do nível de expectativas que o paciente leva para a experiência do serviço prestado (perspectiva dos processos).

Em suma, gostaria de destacar a satisfação como uma resposta afectiva a uma experiência de consumo, ou seja, como uma resposta emocional.

2 - A QUALIDADE PERCEBIDA

A busca incessante pela qualidade dos serviços tem sido uma constante num tempo em que é crescente a pressão para o fazer. Um conceito difícil de definir, pela dificuldade de encontrar instrumentos que confirmem a fiabilidade necessária para a sua conceptualização e operacionalização.

Historicamente o estabelecimento dos *standards* de qualidade era delegado aos profissionais médicos, o que à partida não era surpreendente dado que a qualidade era definida pelos clínicos apenas em termos técnicos e da prestação de cuidados. Hoje em dia, sendo inúmeras as dimensões teorizadas da qualidade percebida, é consensual que a qualidade dos serviços de saúde e o atendimento em geral estejam aliados à mais avançada utilização da tecnologia, assim como a uma moderna técnica de cuidados e a um tratamento humano elevado ao seu grau de excelência.

De acordo com a *American Society Quality*, qualidade é,

“ *Um termo subjectivo relativamente ao qual cada pessoa tem a sua própria definição. Na utilização da técnica a qualidade pode ter dois significados: (a) as características do produto ou serviço são capazes de satisfazer as necessidades implícitas, e (b) o produto ou serviço não ter deficiências.*” (Sower et al 2001: 49).

Perante a formalidade que se pretende dar à definição de qualidade, são vários os autores que preconizam diferentes dimensões para este conceito. Segundo Coddington e Moore (1987), são cinco os factores vindos da perspectiva dos consumidores: temperatura e factores ambientais, preocupação e carinho com o doente, competência do staff clínico, tecnologia e equipamento, especialização na avaliação dos serviços e dos resultados. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) identificou nove dimensões hospitalares da qualidade. Explorando a acção conjunta da estrutura e dos processos, Carr-Hill (1992) centrou seis dimensões da qualidade: cuidados médicos, informação disponibilizada, qualidade da alimentação, instalações físicas, ambiente e cuidados de enfermagem. Baseado em estudos anteriores, Sower et al. (2001) criaram e validaram um instrumento de avaliação da qualidade (KQCAH) *Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals*, constituído por uma

escala multi-itens, focada em factores que considerou reflectirem a tendência actual deste conceito na perspectiva dos prestadores e consumidores. Na realidade, hoje em dia, já é comum que as administrações hospitalares, companhias de seguros e as próprias comunidades reconheçam e valorizem o *feedback* fornecido pelo paciente. Muitos outros autores têm-se pronunciado sobre esta matéria. Venkatapparao e Gopalakrishna (1995) revelam que os aspectos relacionados com a qualidade técnica foram os mais importantes para os pacientes, enquanto para Peyrot *et al.* (1993), é possível melhorar a satisfação dos pacientes através da melhoria de aspectos que não estão propriamente relacionados com as qualidades técnicas do serviço, mas com a qualidade dos processos (qualidade funcional). Ao citar Gronroos (1983), Choi (2004: 914) considera que,

“ A literatura sobre qualidade percebida delinea duas distintas facetas deste constructo: a dimensão técnica (essência da prestação de cuidados) e a dimensão funcional (como é que o serviço é prestado). ”

O tema da qualidade tem sido, talvez, o tópico mais explorado na área do marketing, por ser cada vez mais valorizado pelo consumidor. Para Weitzman (1995), a qualidade dos cuidados podia ser definida em relação aos seus diferentes aspectos: à sua facilitação, à relação interpessoal entre os prestadores, à relação entre os prestadores e o cliente. Segundo Donabedian (1980), a avaliação da qualidade deveria incluir a análise das estruturas (as características dos médicos, hospitais e pessoal), do processo de interacção (relacionado com a estrutura) e do resultado (o que acontece ao paciente após o acto médico). Para Carr-Hill (1992) o tempo gasto com o paciente é dos factores que tem maior influência na qualidade percebida, e para Choi *et al.* (2005) havendo um período de tempo alargado entre o momento da prestação dos serviços e a obtenção do resultado final, a mensuração da qualidade percebida pode ficar comprometida. Outra questão que se levanta segundo Boscarino (1992) é a evidência de que muitos consumidores dão mais importância à prestação de cuidados em instituições de elevada qualidade do que em satisfazer as suas verdadeiras necessidades.

Das muitas variáveis consideradas por diferentes autores como determinantes da qualidade percebida, gostaria de referir Bryant *et al.* (1998) pela abrangência conseguida ao agrupar essas variáveis em quatro categorias distintas:

- *Variáveis sócio-emocionais*: percepção que os pacientes têm da capacidade de comunicação interpessoal e da capacidade nos cuidados de saúde (carinho, empatia, cortesia);
- *Variáveis de sistema*: aspectos físicos ou técnicos do local onde é prestado o serviço, tais como tempo de espera, acesso aos serviços, qualidade técnica, custos com equipamento de conforto e duração dos tratamentos;
- *Variáveis de influência*: acesso ao contacto de familiares e amigos;
- *Variáveis moderadoras*: variáveis sócio-demográficas relacionadas com o estado de saúde do paciente.

Nos últimos anos, entre os diferentes instrumentos de avaliação criados para medir a qualidade nas unidades de saúde, a escala SERVQUAL (Parasuram *et al.* 1985) foi um dos instrumentos mais utilizados e considerado mais adequado. Baseado na desconformação entre as expectativas, as percepções e o nível de desempenho, este instrumento engloba cinco dimensões modeladas de acordo com a satisfação global: elementos tangíveis (instalações físicas, equipamentos e aparência do pessoal); fiabilidade (serviço esperado realizado de forma confiável e precisa); capacidade de resposta (pronto atendimento ao cliente); empatia (cuidados e atenção individualizada) e segurança (competência, cortesia e credibilidade). Actualmente na literatura, é referido que este instrumento de medida nem sempre foi muito consistente. Segundo Andaleeb (2001), em serviços específicos pode ser necessário eliminar ou modificar algumas das dimensões deste instrumento de medida, ou até mesmo introduzir novas dimensões. Outros autores referem problemas de medição na utilização dos *scores* diferenciais, por falta de ajuste da escala a situações específicas. A recolha de dados, quando é feita após a utilização dos serviços, levanta a dúvida se as expectativas criadas não ficam influenciadas pela memória do atendimento real. Para Kara *et al.* (2005) os elementos intangíveis tendem a ser mais influentes do que os tangíveis, enquanto Sower *et al.* (2001: 49) referem,

“(...) a qualidade de um serviço é mais difícil de medir objectivamente que a qualidade de um produto porque as características do serviço incluem intangibilidade, heterogeneidade e uma inseparabilidade entre o produto e o consumo do serviço.”

Acresce dizer, que a abordagem ao cliente corre o risco de ser inapropriada pelas expectativas criadas poderem diferir de cliente para cliente, pelas suas diferentes prioridades ou por os clientes não estarem certos das suas expectativas (Fitzpatrick e Hopkins, 1983). Do mesmo modo, as dificuldades encontradas na falta de conhecimentos e competências dos pacientes para avaliar se os prestadores de cuidados tiveram um desempenho adequado, ou se limitaram a sua actuação apenas ao estritamente necessário.

A satisfação enquanto indicador da qualidade dos serviços torna clara a íntima ligação entre estes dois constructos. Segundo Zeithaml e Bitner (2000: 74),

“(...) embora tenham coisas em comum, a satisfação é geralmente vista como um conceito mais amplo, enquanto a ponderação da qualidade dos serviços leva a centrarmo-nos em dimensões específicas do serviço.”

Tal como para um melhor entendimento da satisfação, também para a qualidade, é necessário perceber como se forma e quais os seus antecedentes. Segundo Zeithaml (1988), a qualidade percebida é definida pela apreciação (*appraisal*) do nível de excelência global de um produto, portanto, a qualidade percebida é uma apreciação variável, capaz de ajudar a explicar os mais recentes modelos de intenções comportamentais. Ao defender os mecanismos de auto-regulação como complemento da explicação das intenções comportamentais, Bagozzi (1992) diz que estes mecanismos passam a abarcar uma estrutura diferente (já anteriormente defendida por Lazarus (1991)), em que a apreciação (qualidade percebida) influencia a resposta emocional (satisfação), que por sua vez influencia o *coping* (intenções comportamentais). Desta forma, o autor ajuda a explicar a ligação da atitude às intenções comportamentais. Não obstante, outros autores defendem que a satisfação é um antecedente da qualidade percebida, e que os efeitos da satisfação nas intenções comportamentais são apenas indirectos (através da capacidade de influenciar atitudes). Valorizando estudos mais recentes, baseados nos mecanismos de auto-regulação que estão incluídos no processo que resulta do comportamento para ajudar a explicar as intenções comportamentais, Gotlieb (1994: 876) apresenta uma proposta de entendimento do relacionamento destas e outras variáveis, cuja abordagem ficará concluída no desenvolvimento que se segue sobre as intenções comportamentais.

3 - AS INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Utilizar os serviços de uma unidade de saúde e regressar à instituição para usufruir do mesmo ou de outro serviço, significa que a experiência vivida nessa unidade influenciou positivamente o utilizador, desencadeando-lhe a intenção de voltar por se ter criado uma possível fidelização para com a instituição.

As intenções comportamentais, têm sido definidas como a probabilidade subjectiva de um indivíduo desenvolver uma determinada acção, como por exemplo adquirir ou não um produto (Fishbein & Ajzen, 1975), sendo que, no contexto da saúde, se pretende que essa acção vá no sentido de recomendar e seleccionar de novo a instituição.

Para Bagozzi (1992) as teorias da atitude comportamental até aí existentes, forneciam explicações insuficientes do processo cognitivo através do qual as intenções comportamentais se formam e se inicia a acção propriamente dita. Por essa razão, depois de um estudo que apresentou sobre “*A Auto-Regulação das Atitudes, Intenções e Comportamentos*”, o autor sugere uma nova teoria, em que aborda e aprofunda o papel dos mecanismos auto-reguladores cognitivos e emocionais no controle das decisões e estimulação para a acção. Deste modo, considera que a riqueza do comportamento social é muito mais do que uma simples vertente psicológica das atitudes globais e normas subjectivas. As atitudes, as normas subjectivas (pressão social sentida para executar ou não o comportamento) e as intenções, são elementos centrais na explicação da acção, produzindo cada um destes elementos os seus efeitos próprios. Por isso, torna-se necessário e fundamental perceber alguns dos seus processos de auto-regulação. O vínculo existente entre a atitude e a intenção compreende uma auto-regulação, que depende dos processos volitivos e respostas emocionais, que por sua vez advêm das interacções entre desejo e resultado (conflito entre desejo - consequência, cumprimento, evitar ou conseguir). A avaliação desta unidade de desejo-resultado conduz a emoções específicas que estimulam a enfrentar resposta às intenções que orientam as acções,

“(...) o vínculo existente entre a norma subjectiva e a intenção é suposto estar igualmente regido por processos de auto-regulação emocional e cognitiva,

processos esses que residem na integração dos sentimentos e expectativas de si mesmo com os sentimentos e expectativas dos outros.”, (Bagozzi, 1992: 200).

Neste processo há uma relação directa com a moral partilhada pelos demais e o significado social do acto em foco. Melhor dizendo, um determinado acto social deve conciliar sentimentos negativos desviantes específicos em relação aos outros e a si mesmo, com sentimentos positivos concordantes consigo mesmo e com os outros. Finalmente, o vínculo existente entre a intenção e o comportamento direccionado fica condicionado às decisões sobre os meios, aos actos instrumentais, à motivação e às particularidades do indivíduo (ex. habilidades, responsabilidades) ou situações (ex. facilitadoras, inibidoras).

A teoria da auto-regulação ampliou a teoria da atitude comportamental já existente, recusando o seu reducionismo e parcimónia, para alcançar uma explicação da acção social mais completa. Bagozzi pretendeu assim, abarcar os processos específicos de decisão motivacional e social, em que as emoções interpessoais, as expectativas mútuas e o papel das identidades fazem parte da sua própria especificidade. A sua utilidade final, ao contrário das teorias anteriores, reside no facto da teoria da auto-regulação se aplicar a um vasto leque de fenómenos empíricos, que durante muito tempo confundiram os processos de análise e avaliação com respostas emocionais, e negligenciaram os processos motivacionais no controle das decisões e na estimulação da acção. Com a teoria da auto-regulação, a riqueza do comportamento social deixou de estar reduzida a dois resumidos constructos “atitudes globais e normas subjectivas”, e passou a estar associada a dois distintos níveis do processo de análise “reações emocionais e o enfrentar respostas”.

Segundo Gotlieb (1994: 876),

“(...) a teoria proposta por Lazarus (1991) e apoiada por Bagozzi (1992) pode estender-se como uma ajuda na explicação do relacionamento entre a qualidade percebida, a satisfação e a intenção comportamental.”.

Lazarus (1991) propõe e Bagozzi (1992) desenvolve, os mecanismos de auto-regulação, que passam a abarcar a seguinte estrutura: avaliação dos processos (*appraisal*) directamente relacionado com a qualidade percebida; reações emocionais (*emotional response*) directamente relacionado com a satisfação; o enfrentar respostas (*coping*) directamente relacionado com as intenções comportamentais. O contributo

dados por estes autores ajudou na progressão deste estudo, ao permitir entender a forma como determinados factores acabam a interferir na qualidade percebida, na satisfação e na lealdade do cliente. Do mesmo modo, contribuiu o modelo criado por Gotlieb (1994: 875) baseado no processo que resulta do comportamento, pela associação das variáveis utilizadas para tentar explicar as intenções comportamentais. O conjunto de variáveis escolhidas pelo autor foi: *“(...) a desconfirmação das expectativas, a qualidade percebida, a satisfação, a percepção de controlo situacional e as intenções comportamentais.”*.

4 - A DESCONFIRMAÇÃO DAS EXPECTATIVAS

A desconfirmação das expectativas tem sido motivo de vários estudos descritos na literatura. Parece haver consenso no seu amplo significado designado como a diferença entre as experiências do consumidor,

“(...) perante o consumo são os padrões de comparação que ocorrem na mente do consumidor no momento do julgamento.” (Ronald, 2005:49).

A desconfirmação das expectativas é assim vista como a comparação que os consumidores fazem, da percepção que têm do desempenho de um serviço efectivo com um determinado padrão. Desta comparação resulta uma sentença que se designa por desconfirmação. Na sequência do que defendem alguns autores em como a desconfirmação é um dos antecedentes mais fortemente relacionado com a qualidade percebida, Gotlieb (1994:876) cita Fishbein & Azjen (1975) e Azjen & Fishbein (1980):

“(...) a teoria do valor da expectativa pode ser aplicada para explicar que a desconfirmação das expectativas influencia a qualidade percebida (...)”.

Esta teoria sugere que o processo através do qual os consumidores formam uma atitude está baseado na avaliação das suas crenças e convicções, que por sua vez estão associadas à acção. Segundo Ajzen e Fishbein (1980), estando a atitude direccionada para a acção e não necessariamente para o objecto, a teoria do valor da expectativa pode todavia ser alargada para ajudar a explicar os efeitos da desconfirmação das expectativas na qualidade percebida.

Gotlieb (1994) sugere que o impacto do estímulo (e.g., atributos do produto) pode depender de um ponto de referência, e assim sendo, a avaliação de cada um dos atributos destes produtos pode depender do facto do nível do produto exceder as expectativas do consumidor. Se o consumidor perceber que o nível do produto excede o nível da sua expectativa, tem uma desconfirmação positiva das expectativas e provavelmente os atributos do produto vão ser avaliados favoravelmente pelo consumidor. Reciprocamente, se o nível dos atributos for menor que o nível das expectativas o consumidor tem uma desconfirmação negativa das expectativas, e o produto poderá ter uma avaliação menos favorável relativamente aos seus atributos, ou seja, um impacto negativo na qualidade percebida do objecto. Com uma maior compreensão do paradigma da desconfirmação das expectativas podemos melhorar o entendimento da sua influência na qualidade percebida.

5 - A PERCEPÇÃO DO AUTO CONTROLO SITUACIONAL

A percepção de controlo da situação é um constructo de apreciação que terá provavelmente antecedentes afectivos (Carver & Scheier, 1990; Lazarus, 1991). Segundo Lee, Ashford & Bobko, (1990), a percepção de controlo situacional é definido como o grau em que uma pessoa acredita que ela própria pode influenciar um evento, como por exemplo a natureza do serviço que se recebe. O constructo específico da percepção de controlo situacional pode estar incluído no modelo que tenta explicar a satisfação e as intenções comportamentais. O seu efeito pode ser entendido através da teoria de Bagozzi (1992), nomeadamente para a apreciação *appraisal* – (percepção de controlo da situação) que leva à resposta emocional - (satisfação) e por sua vez ao *coping* - (intenção comportamental). Ainda assim, a evidência empírica indica que a percepção do controlo situacional influencia a satisfação em variados contextos. Por exemplo, a meta análise indica que a percepção de controlo está associada com a satisfação profissional (Spector, 1986) e com a satisfação do serviço (Langer & Saeger, 1977). Baseado na teoria da evidência empírica, o modelo proposto por Gotlieb, (1995) defende que a percepção do controlo da situação afecta a satisfação.

6 - A COORDENAÇÃO RELACIONAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE

Ao pensarmos numa unidade de saúde como uma rede coordenada capaz de garantir o acesso e a continuidade dos cuidados, é importante considerar os vários nós que nela existem e a sua ligação, que somente poderá ocorrer mediante uma rede de interacção entre os mesmos. É reunindo os três grupos de actores centrais intervenientes nesta rede: responsáveis pela organização do sistema (gestores), responsáveis pela organização e produção do serviço (prestadores e diferentes operacionais) e clientes, que se vai construindo o meio social em que se inserem esses mesmos actores. Quando falamos em redes, falamos em redes de pessoas que se conectam ou vinculam. Não se conectam cargos entre si, nem instituições entre si, nem computadores entre si, só se conectam seres humanos e é por isso que se diz que rede é a linguagem dos vínculos. Nesta perspectiva Feuerwerker *et al.* (2000: 10) referem,

“ (...) apesar de no processo de constituição de redes de serviços de saúde estarem envolvidas instituições e projectos, são sempre pessoas que se articulam e conectam, são sempre pessoas que constroem vínculos.”

Nesta matéria, outros autores têm referido que as relações inter organizacionais, sempre enfatizadas nas discussões sobre sistemas integrados, somente se dão, na prática, a partir de relações interpessoais. São poucas as pesquisas que tentam aprofundar o modo como estas interacções se dão. Tendencialmente os estudos estão mais focados e direccionados para avaliarem a integração em termos de troca de recurso, do encaminhamento dos pacientes e protocolos, do que voltados para a análise da importância da comunicação interpessoal e da forma como actua no interior do sistema. Alguns desses estudos têm dado ênfase à necessidade de uma perspectiva de análise diferente dos processos de coordenação intra e inter organizacionais. Segundo Mitchell e Shortell (2000), a coordenação não é mais do que a gestão de um sistema de intercâmbios, sendo que um adequado grau de coordenação pode ampliar e melhorar a comunicação, reduzir incertezas e evitar conflitos. Já Hartz e Contandriopoulos (2004: 332) vêem a coordenação como o propósito principal dos processos de integração de serviços de saúde, referindo que,

"Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de actores e organizações autónomas, com o propósito de coordenar a sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projecto (clínico) colectivo."

Segundo Mintzberg (2004: 385), as organizações de saúde estão predominantemente associadas a Burocracias Profissionais,

"(...) o centro operacional é a parte mais importante da Burocracia Profissional, a outra parte é o pessoal de apoio que tem sobretudo como missão servir o centro operacional."

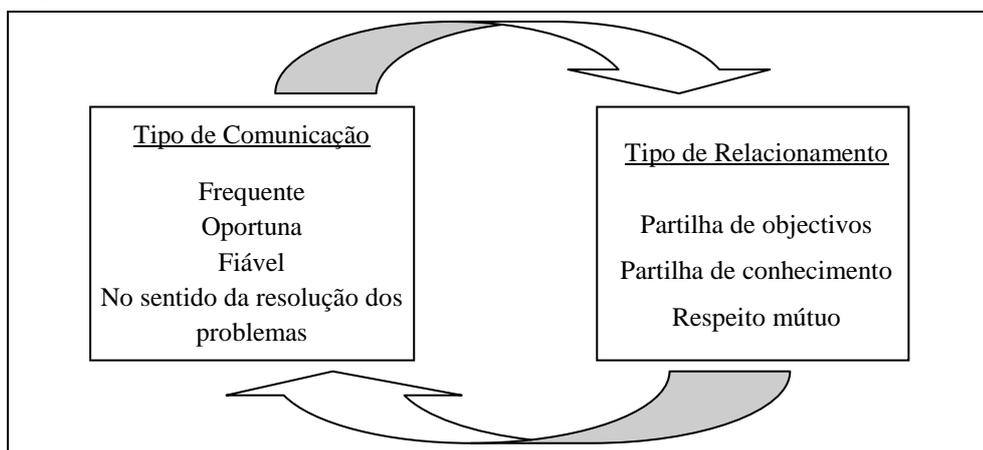
Os profissionais dos centros operacionais trabalham de forma contínua e próxima do cliente, controlam o seu trabalho e actuam independentemente dos seus parceiros, pelo que, o controlo do seu trabalho muitas vezes está submetido apenas ao controlo colectivo dos colegas. Levanta-se assim a seguinte questão: neste contexto, como pode ser feita uma boa coordenação dos métodos de trabalho?

Tradicionalmente a coordenação era desenvolvida pelos chefes das equipas e departamentos, que processavam a informação e a transmitiam a todos os intervenientes na acção. No decorrer dos anos, com a valorização do conhecimento e experiência adquirida pelos profissionais, a coordenação começou a passar para o plano relacional e a envolver o conhecimento partilhado do trabalho e do contexto onde este é desenvolvido. Isto é, a coordenação passou a ser determinada pela qualidade da comunicação entre os participantes dos diferentes grupos de trabalho. Neste tipo de comunicação distinguem-se assim os seguintes factores intervenientes: a frequência, a oportunidade, a fiabilidade e a focalização na resolução do problema. Para dar uma resposta adequada a estes factores, importa o relacionamento entre os profissionais no que respeita à partilha de objectivos, à partilha do conhecimento e ao respeito mútuo (Gittell, Weinberg, Pfefferle, e Bishop, 2008). Paralelamente, Gittell (2008: 738) cita Crowston & Kammerer (1998), Faraj & Sproull (2000), Faraj & Xiao (2006), Gittell (2002) e Weick & Roberts (1994) considerando que,

"(...) a coordenação é entendida como uma relação do processo operacional, que ocorre através de uma rede de relação entre pessoas que realizam tarefas interdependentes (...) sendo a coordenação da gestão de tarefas interdependentes fundamentalmente um processo relacional."

Neste alinhamento, Gittell (2002a, 2002b) e Gittell e Weiss (2004), enfatizam em estudos realizados sobre a microdinâmica da coordenação de serviços de saúde, que o desenho de certos mecanismos pode facilitar a coordenação, sendo este processo fundamentalmente um processo de interacção entre os participantes. Embora a coordenação se possa dar por meio de uma grande variedade de mecanismo, tais como a programação de tarefas e a padronização e estabelecimento de rotinas, estes são mais apropriados a interdependências do tipo sequencial ou linear, mas insuficientes em áreas onde prevalecem actividades reciprocamente interdependentes, com elevado grau de incerteza e tempo de realização escasso. Para dar conta deste padrão de interdependências, Gittell defende uma perspectiva da coordenação que denomina de **Coordenação Relacional**. Esta forma de coordenação diferencia-se de outras identificadas na teoria organizacional, por se referir em particular e principalmente às interacções entre os participantes em vez de se referir aos mecanismos que dão suporte a estas interacções. A CR oferece uma única maneira de tornar a sua dinâmica como um conceito, definindo-o como “(...) *um processo mútuo de interacção entre a comunicação e o relacionamento com o objectivo da integração de tarefas.*” (Gittell, 2002b: 301).

Figura 1 – Dimensões da Coordenação Relacional



Como se pode ver na Figura 1 de Gittell (2008: 1), a comunicação assume um papel preponderante na coordenação relacional, onde se distinguem diferentes elementos que determinam o seu contributo nesse processo: ser **frequente**, **oportuna**, **fiável** e focalizada na **resolução dos problemas** (contrariamente à cultura da culpabilização)

(Gittel, 2002a). Estas características da comunicação deverão simultaneamente estar associadas a uma cultura de relacionamento, que integra no processo de coordenação três dimensões relacionais: **partilha do conhecimento, partilha de objectivos e respeito mútuo**. A comunicação frequente e atempada gera respostas rápidas a novas informações à medida que estas vão surgindo. Uma comunicação atrasada pode resultar em erros e atrasos, com implicações negativas nos resultados organizacionais. No sentido de assegurar a fiabilidade da comunicação, o facto de ser atempada reduz, obviamente, a probabilidade de erro.

Segundo Fragata e Martins (2004), na saúde a falta de coordenação e as falhas de comunicação são amplamente reconhecidos como uma das principais causas de erros médicos. A comunicação focalizada na resolução do problema evita o ciclo de culpabilização e ocultação do erro, pelo que, uma coordenação eficaz evita a fragmentação da informação que conduz à despersonalização do doente e ao próprio erro. Quer na interacção com os clientes quer entre os profissionais, se a comunicação reactiva der lugar à comunicação proactiva evita-se uma posição defensiva, facilmente adoptada por ambas as partes do processo comunicativo. Mensagens múltiplas e consistentes possibilitam às pessoas a respectiva interiorização da informação, e possibilitam uma escuta mais clara de todas as suas componentes. Da mesma forma o *feedback* é fundamental para o enriquecimento da comunicação numa organização. Tal como refere (Galpin, 2002: 68), “ (...)o *feedback* é o elemento chave de uma organização que aprende com aquilo que faz.”. Utilizar estes fundamentos ajuda os profissionais a trabalhar com as contrariedades em vez de trabalhar contra elas, tendo sempre presente a importância de que a comunicação deve ser honesta, realista e consistente.

Segundo Maturana (2001), é possível falar em consensos sempre que se faz referência a condutas ou coordenações de condutas, esses consensos estabelecem-se do resultado da existência de interacções recorrentes, ou seja, do facto das pessoas estarem juntas e se relacionarem. Ao falar da coordenação de acções com carácter eminentemente comunicativo o autor refere,

“A linguagem é um modo de viver juntos num fluir de coordenação consensual e de coordenações consensuais de comportamentos, como tal, a linguagem é um domínio da coordenação de coordenações de acções” (Maturana, 2001: 178).

A comunicação tem assim um papel preponderante numa organização de saúde, sendo uma condição que se impõe na vida social e organizacional. Sem comunicação não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação ou coordenação de processos de trabalho.

Uma coordenação efectiva também depende da existência de respeito mútuo entre os participantes dos mesmos processos de trabalho. O desrespeito associado à diferença de papéis e categorias profissionais é uma potencial fonte de divisão. Segundo Galpin (2002), a identidade profissional pode servir como uma fonte de orgulho em vez de uma fonte de comparação injusta. Membros de diferentes comunidades profissionais com diferentes estatutos, não devem cultivar o desrespeito pelo trabalho realizado por terceiros, pelo contrário, devem respeitar as competências dos que têm outras identidades profissionais, ajudando desta forma, à criação de vínculos fortes que levam a uma coordenação mais eficaz de trabalhos altamente dependentes.

Quanto maior for a partilha de objectivos maior o vínculo dos profissionais, maior facilidade em chegar a conclusões, a responder a nova informação e a tornar a nova informação disponível aos outros. Embora existam muitas teorias que enfatizam a importância do conhecimento e entendimento partilhados, a teoria da coordenação relacional argumenta que ambos são necessários mas não suficientes. Se ocorre coordenação eficaz, isso significa que as relações dos participantes devem estar ligadas por objectivos comuns e respeito mútuo (Gittel, 2006). A CR é um reforço mútuo do processo informal de interacção entre a comunicação e o relacionamento. Este conceito pode ser definido como a gestão da interdependência entre as pessoas que desempenham funções numa equipa multidisciplinar, contrapondo-se à noção até então existente, da coordenação como a gestão da interdependência de funções e tarefas numa equipa.

Com altos níveis de CR, espera-se dos participantes de um processo global de trabalho mais eficácia na gestão de tarefas. A CR torna-se assim emergente para uma dinâmica bem sucedida do relacionamento entre os profissionais e respectiva coordenação dos métodos de trabalho.

No âmbito do enquadramento teórico apresentado, foi feita uma abordagem da teoria da CR e sua importância para a performance de uma organização de saúde. Procurou-se também uma forma explicativa da qualidade percebida, satisfação e

intenções comportamentais, no sentido de perceber de que forma a CR pode interferir nestes requisitos tão importantes para uma organização de saúde que se quer competitiva com as demais. Deste modo, foi encontrado um modelo de investigação que permitiu relacionar estas variáveis e os seus antecessores, introduzir a CR, e perceber se esta variável de destaque sendo um atributo reconhecido das equipas multidisciplinares, é importante a ponto de causar impacto no principal elemento dessas equipas – o cliente. Considerou-se assim, que a importância da CR ficaria reforçada se a sua presença entre os profissionais, corresponder a uma impressão de qualidade superior capaz de influenciar as crenças e atitudes do cliente relativamente aos serviços e instituição. Esclarecer do ponto de vista do cliente, a importância de instituir esta inovadora cultura de relacionamento para o sucesso de uma organização de saúde.

As organizações de saúde têm que saber descobrir a forma como os clientes descrevem e categorizam os serviços prestados, melhor dizendo, têm que ir ao encontro dos factores que influenciam positivamente as suas percepções e se reflectem em fidelidade e vínculo à instituição.

7 - O MODELO TEÓRICO – *HIPÓTESES DE PESQUISA*

Com base nos objectivos específicos do estudo e no enquadramento teórico apresentado, construíram-se as seguintes hipóteses de investigação.

Hipótese 1(a) - Uma positiva desconfirmação das expectativas relacionada com uma dimensão focal afecta positivamente a qualidade percebida.

Hipótese 1(b) - Uma positiva desconfirmação das expectativas relacionada com uma dimensão contextual afecta positivamente a qualidade percebida.

Hipótese 2 - Há uma associação positiva entre a coordenação relacional e a qualidade percebida.

Hipótese 3 – Há uma associação positiva entre a qualidade percebida e a satisfação do cliente.

Hipótese 4 - Há uma associação positiva entre a coordenação relacional e a satisfação do cliente.

Hipótese 5 - Há uma associação positiva entre o grau de controlo e influência do cliente nos acontecimentos e a sua satisfação.

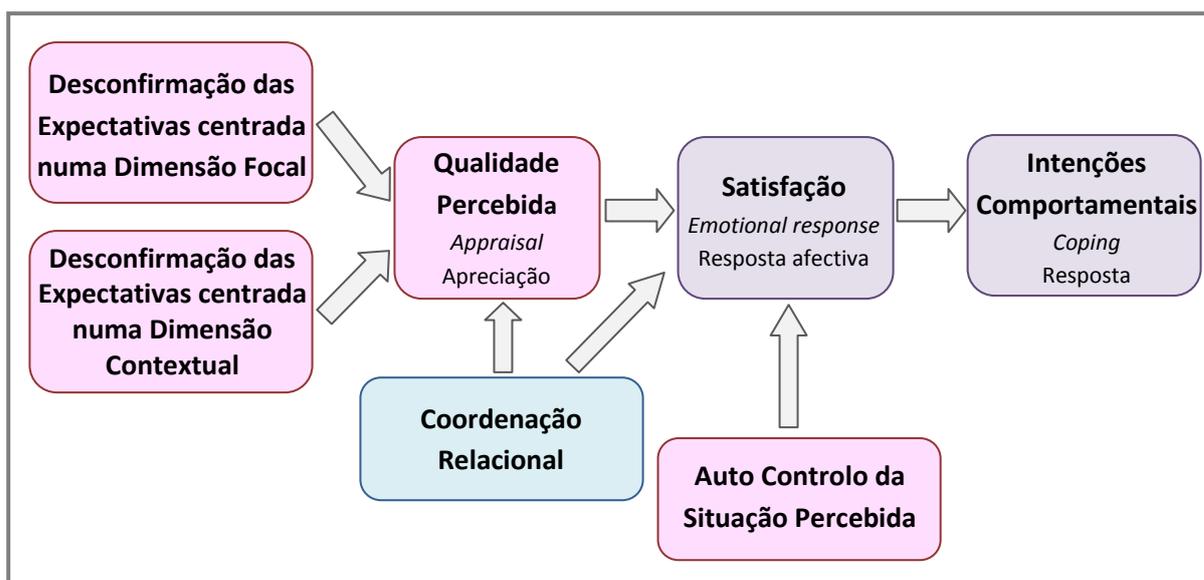
Hipótese 6 - A satisfação tem um efeito positivo nas intenções comportamentais do cliente originando comportamentos de lealdade e fidelização para com a instituição.

Para clarificar a ligação das hipóteses apresentadas, a Figura 2 ilustra o modelo de investigação adoptado.

Consideram-se como variáveis teóricas centrais: a qualidade percebida, a satisfação e as intenções comportamentais. A coordenação relacional destaca-se neste modelo como possível determinante directo da qualidade percebida e da satisfação.

Para a caracterização da amostra foram definidas como variáveis de controlo sócio demográficas e profissionais: o sexo, a idade, as habilitações académicas, o primeiro contacto com a instituição e o motivo porque a seleccionou. Associado ao período pós-operatório foram também considerados como variáveis de controlo, o tempo de internamento e a recuperação cirúrgica mais ou menos dolorosa.

Figura 2 – Modelo de Investigação



CAPÍTULO 2 - Método

1 - A ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO

A Clínica Europa é uma clínica privada criada no ano de 1989. Está localizada em Carcavelos e tem uma situação privilegiada junto ao mar. No início tinha uma oferta disponível na área das consultas e exames auxiliares de diagnóstico e visava servir essencialmente a população estrangeira residente na linha de Cascais. Na sua origem a Clínica Europa pertenceu a uma família sueca, sendo na actualidade uma sociedade anónima de investimento. Ao longo do tempo tem sido submetida a intervenções de modernização, optimização de recursos e aumento da sua capacidade de resposta. Na actualidade serve uma faixa mais alargada da população e faz parte do conjunto de clínicas privadas de referência nacional. Licenciada em 2000 pela Direcção Geral de Saúde, ficou vocacionada principalmente para o atendimento na área do ambulatório e internamento cirúrgico de curto e médio internamento. A Clínica Europa tem trabalhado para superar as expectativas do cliente, apostando na qualidade como um processo dinâmico e diferenciador dos serviços que presta.

Esta organização de saúde dispõe de um serviço de internamento com 20 camas, recobro pós anestésico com 6 unidades, bloco operatório com 3 salas de operações, central de esterilização, consultas, MCDT com imagiologia, medicina dentária, laboratório de análises clínicas, farmácia e serviço de aprovisionamento. Abrange um vasto leque de especialidades cirúrgicas sendo a cirurgia plástica e estética a que cria maior volume cirúrgico. A Clínica Europa procura analisar as novas exigências de um mercado em crescimento e posicionar-se da melhor forma para dar uma rápida e adequada resposta às suas necessidades.

A linha hierárquica existente é uma linha única de autoridade formal, que liga o conselho de administração ao centro operacional. Os responsáveis de departamento assumem funções de gestores intermédios e líderes dos seus colaboradores directos. Têm poder de decisão relativamente aos departamentos que lhes estão confiados, nas áreas de afectação de recursos, planeamento de estratégias de actuação, implementação

de regras, normas de bom funcionamento e desenvolvimento de rede de contactos. Estas decisões, dependendo do seu grau de compromisso com a instituição, terão também a aprovação da directora de enfermagem, director clínico e administração.

Os profissionais do centro operacional estão directamente ligados à produção dos vários serviços, são a área profissional com maior peso e protagonismo para o exterior e são constituídos em número decrescente pelos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos do *front office*, assistentes clínicas, técnicos de radiologia, técnicos de análises clínicas e administrativos do *back office*. Nos principais centros operacionais evidenciam-se claramente a presença dos elementos configurais de gestão: supervisão directa, ajustamento mútuo, *standardização* das qualificações e *standardização* dos resultados. Os trabalhadores com vínculo efectivo à organização são fundamentalmente os gestores intermédios, administrativos e assistentes clínicas, os restantes colaboradores estão em regime de prestação de serviços.

Esta unidade de saúde tem como missão procurar a excelência dos cuidados através do tratamento personalizado, humanização dos cuidados e respeito pela dignidade e bem-estar do cliente. Procura transformar os momentos de dificuldades em momentos de aprendizagem e crescer com o contributo individual de cada colaborador, que considera uma mais valia para os resultados colectivos da empresa. Faz parte dos objectivos da instituição actualizar e aprofundar conhecimentos, na busca permanente de novas competências, inovação, antecipação e procura de soluções alternativas. A instituição aposta na competência profissional, qualidade técnica, segurança, eficiência, trabalho de equipa, dinamismo e proactividade, com o fim de se tornar uma unidade de saúde de referência que prima pela relação personalizada com os seus clientes.

A monitorização da satisfação do cliente é feita de forma sistematizada, através de um questionário aos doentes internados no momento antes da alta, através da realização de um telefonema pós-operatório para controlo da recuperação e grau de satisfação do cliente, e ainda, pelo site da clínica onde podem dar sugestões e manifestar a sua opinião relativamente à instituição e serviços prestados.

2 – AMOSTRA

O instrumento de recolha de dados utilizado constou da aplicação de 200 questionários (Anexo III) a doentes submetidos a cirurgia. O critério para a escolha da população alvo foi a de todo e qualquer doente operado em regime ambulatorio, de curto e médio internamento. Procurou-se seleccionar sujeitos em situação similar de intervenção hospitalar, sem patologias associadas de alto risco e, à partida, com o mesmo tipo de cuidados de saúde (pós-cirúrgicos). A acessibilidade e o recrutamento dos sujeitos não constituíram obstáculo. A aplicação dos questionários foi feita no único serviço de internamento existente, e todos os doentes operados foram potenciais sujeitos da amostra. Os intermediários no processo de recolha de informação corresponderam à colaboração solicitada (enfermeira responsável do internamento e enfermeiros do serviço). Os questionários foram preenchidos imediatamente antes da alta procurando idêntica predisposição e estadios de recuperação dos pacientes. A taxa de resposta foi de 95%, o que correspondeu a uma amostra representativa de 200 elementos dos 210 questionários entregues: 4 doentes saíram sem preencher o questionário e 6 questionários foram anulados por se encontrarem muito incompletos.

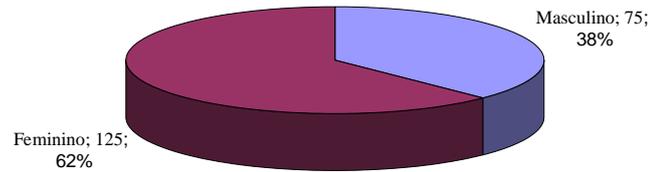
2.1. Caracterização da Amostra

Foram criadas oito variáveis de controlo para caracterização da amostra, sendo que apenas quatro foram utilizadas nas análises de regressão parcial por se considerar serem as que poderiam ter influência nas variáveis dependentes.

Seguidamente serão apresentados os gráficos que ilustram essas variáveis. As tabelas correspondentes aos gráficos podem ser consultados no (Anexo IV).

Sexo:

Gráfico 1 – Sexo

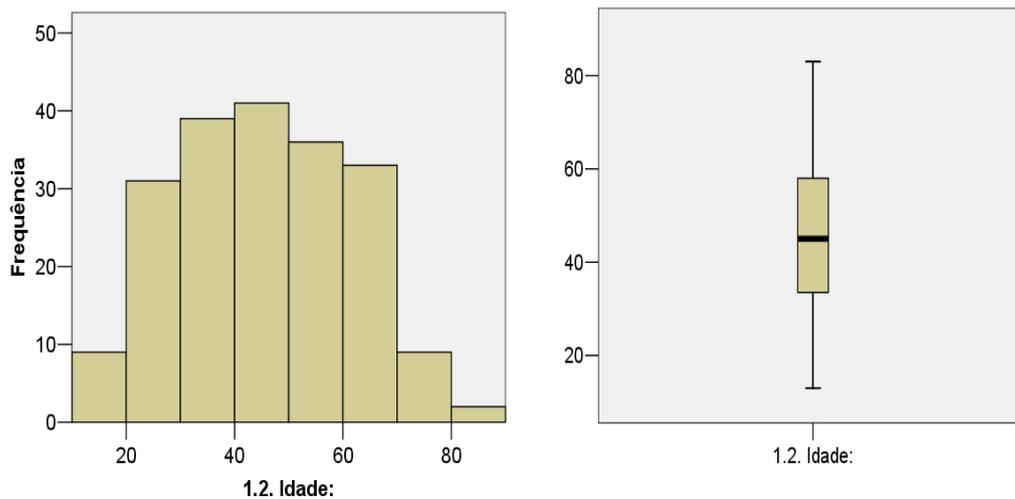


Cerca de 62% dos elementos da amostra são do sexo feminino.

Idade:

Na amostra, a idade dos elementos apresenta um valor médio de 45 anos, com uma dispersão de valores de 35%. Os valores mínimos e máximo são, respectivamente, 13 e 83 anos.

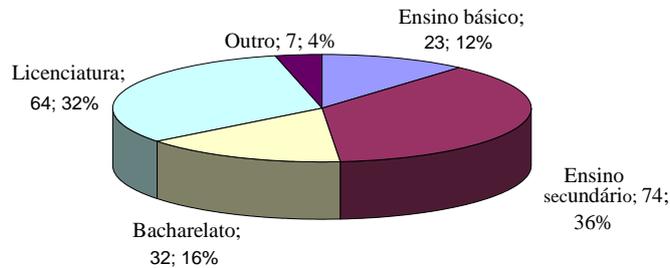
Gráfico 2 - Distribuição de valores da idade.



Pode observar-se que a distribuição das idades se verifica de forma razoavelmente uniforme entre os 20 e os 70 anos, sendo as idades intermédias as mais frequentes. A frequência de idade diminui à medida que as idades se aproximam dos extremos.

Habilitações académicas:

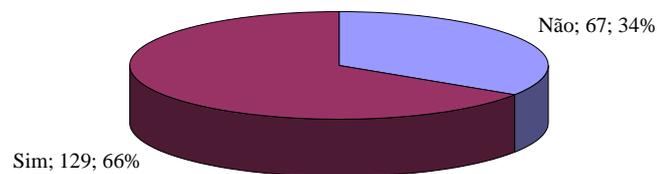
Gráfico 3 – Habilitações académicas



As habilitações com maior representação na amostra são: “Ensino Secundário” com 36% , “Licenciatura” com 32%, seguidas de “Bacharelato” com 16% e “Ensino Básico” com 12%. A resposta “Outro” apenas obteve 4%.

Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:

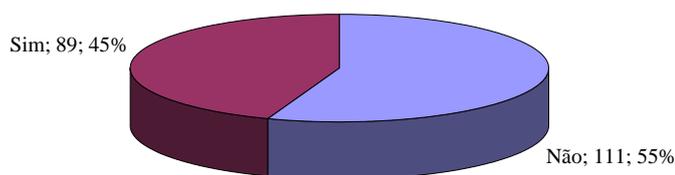
Gráfico 4 – Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica



Perto de dois terços da amostra, ou seja 66%, utilizaram pela primeira vez os serviços da clínica.

Já tinha tido contacto com a Clínica Europa:

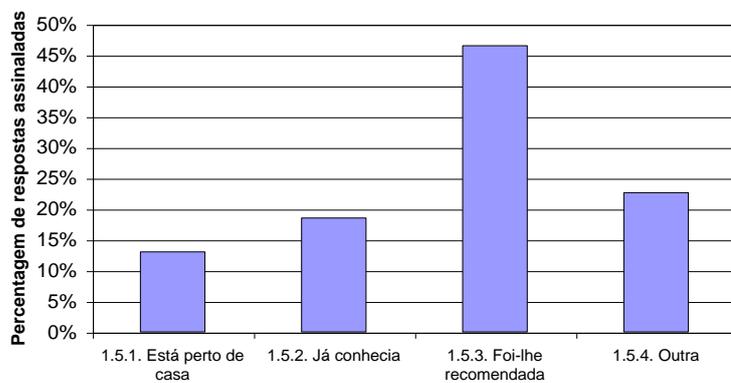
Gráfico 5 – Já tinha tido contacto com a Clínica Europa



Perto de 45% da amostra já tinha tido contacto com a clínica.

Escolheu esta clínica porque:

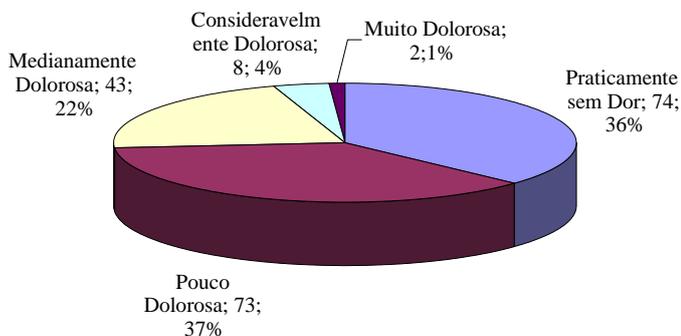
Gráfico 6 – Porque escolheu esta clínica



A opção mais assinalada é claramente “Foi-lhe recomendada” com 46%, seguida de “Outra” com cerca de 23%, de “Já conhecia” com 18% e por fim de “Está perto de casa” com 13%.

Recuperação pós cirúrgica:

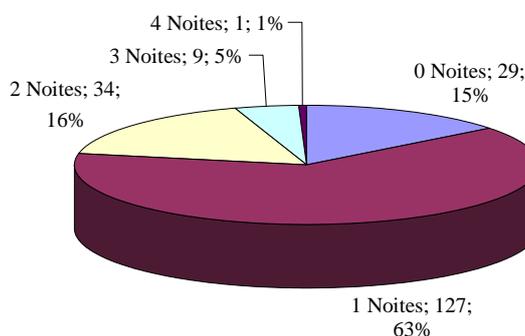
Gráfico 7 – Recuperação pós-cirúrgica



Cerca de 37% da amostra respondeu que a recuperação foi “Pouco Dolorosa”, 36% “Praticamente sem Dor”, 22% “Medianamente Dolorosa”, 8% “Consideravelmente Dolorosa” e 1% “Muito Dolorosa”.

Qual o número de noites que passou na clínica:

Gráfico 8 – Número de noites que passou na Clínica



Com 63% a maioria dos elementos da amostra passou uma noite na clínica, 16% passaram duas noites, 15% não passaram nenhuma noite e 5% passaram 3 noites. Apenas um elemento passou 4 noites.

3 - MEDIDAS E VARIÁVEIS

Os instrumentos de medida, com exceção da coordenação relacional, foram retirados do estudo de Gotlieb (1994: 880) já referido. Os grupos de questões adoptados foram adaptados ao novo contexto da aplicação, sendo que, para cada escala e cada uma das suas dimensões, os valores foram determinados a partir do cálculo da média dos itens que as constituem (Anexo V). As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se em (Anexo VII) alguns dados considerados significativos: valores médios obtidos, valores do desvio padrão a representarem a dispersão absoluta de respostas, o coeficiente de variação a ilustrar a dispersão relativa de respostas e os valores mínimos e máximos observados.

Todas as escalas utilizadas e respectivas dimensões demonstraram ser adequadas para medir os constructos referentes à análise em estudo. O Alpha de Cronbach foi em todas as escalas superior a .80, à exceção da escala que mede a desconfirmação das expectativas numa dimensão contextual com um valor próximo de $\alpha = .70$, pelo que, os dados consideraram-se perto de aceitáveis como unidimensionais. Os restantes valores permitem considerar os dados adequados como unidimensionais, pelo que o número de variáveis em cada escala mede de forma adequada uma única dimensão. Foram feitos testes adicionais que indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa em nenhuma das escalas, tal como esses mesmos itens não contribuem para que o Alpha de Cronbach seja significativamente mais elevado (Anexo VI).

A Desconfirmação das Expectativas

A escala usada para medir a desconfirmação das expectativas foi utilizada num serviço de marketing numa avaliação dos cuidados de saúde. Serviu para identificar os elementos das dimensões focal e contextual da desconfirmação das expectativas, tendo obtido uma confiabilidade correspondente a Alfa de Cronbach $\alpha = .77$.

Segundo Gotlieb (1994: 880), os serviços devem ser vistos como uma interacção entre o consumidor, o prestador e o ambiente em que estes são produzidos e consumidos. Desta forma, os sinais focais devem centrar-se no pessoal dos serviços e as pistas contextuais devem ser fornecidas pelo ambiente. A literatura sugere abrangência no leque do pessoal incluído na avaliação, desde o de contacto primário ao mais diferenciado. No presente estudo, foram seleccionados o pessoal administrativo e o pessoal de enfermagem do serviço de internamento e bloco operatório. A escolha dos enfermeiros teve como objectivo abranger profissionais da prestação directa de cuidados que mais tempo passa com o cliente. Os administrativos do *front office* por pertencerem a outra área profissionalizante que tem impacto no cliente inerente ao facto de também serem operacionais da linha da frente.

Foi utilizada uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta, de “1- Muito abaixo das expectativas” a “7- Muito acima das expectativas”, que por sua vez foi constituída por oito itens de resposta. Esta escala obteve um Alpha de Cronbach de $\alpha = .93$. Os oito itens estavam organizados em duas dimensões: os seis primeiros centrados numa dimensão focal com $\alpha = 0.94$, e os dois últimos numa dimensão contextual com $\alpha = .67$.

A Coordenação Relacional

A CR foi medida por um grupo de sete questões adaptadas de um questionário utilizado num estudo da Gittel (2008: 735), com o objectivo avaliar a CR existente entre os profissionais de saúde e os doentes. O enunciado de cada uma das sete questões oferecia cinco hipóteses de resposta. Cada questão foi colocada cinco vezes ao doente, correspondendo cada uma à apreciação de uma diferente área profissionalizante da saúde. Foram incluídos todos os factores do modelo: frequência; oportunidade e precisão da comunicação; no sentido da resolução de problemas; objectivos comuns; conhecimento partilhado e respeito mútuo.

No presente estudo foram adaptados os conteúdos dos sete itens protagonizados por Gittel, desta vez para avaliar a sensibilidade dos clientes relativamente à CR existente entre os profissionais.

Foi utilizada uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) e utilizados os 7 itens já referidos, cada um associado a uma diferente dimensão. O nível de consistência interna obtido foi de $\alpha = .89$.

A Qualidade Percebida

A escala utilizada na pesquisa de Gotlieb (1994: 880) para medir a qualidade percebida foi baseada na performance, segundo o instrumento SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.*(1988). O Alpha de Cronbach obtido foi de $\alpha = .95$.

Este instrumento de medida propõe cinco elementos de avaliação da qualidade de um serviço: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Nesta pesquisa existiam dois itens para cada um dos cinco elementos propostos e uma escala de diferenciador semântico com dez alternativas de resposta (de “1” a “10”). O instrumento foi constituído por 10 itens organizados em 5 dimensões:

Tangibilidade – “os equipamentos são actualizados/os equipamentos não são actualizados”, “as instalações físicas são banais e desactualizadas/as instalações físicas são visivelmente atractivas”;

Fiabilidade – “a unidade de saúde é uma instituição nada fiável/a unidade de saúde é uma instituição absolutamente fiável”, “os profissionais não são nada competentes/os profissionais são muito competentes”;

Capacidade de resposta – “os profissionais não dão resposta às necessidades dos doentes/os profissionais dão muito boa resposta às necessidades dos doentes”, “os profissionais não parecem nada credíveis/os profissionais parecem muito credíveis”;

Segurança: “os profissionais são difíceis de contactar/os profissionais são fáceis de contactar”, “os profissionais não têm nenhuma cortesia com os clientes/os profissionais têm muita cortesia com os clientes”;

Empatia: “os profissionais não entendem as necessidades dos clientes/os profissionais entendem as necessidades dos clientes”, “os profissionais comunicam muito mal com os clientes/os profissionais comunicam muito bem com os clientes”.

No presente estudo o Alpha de Cronbach obtido foi de $\alpha = .94$.

O Auto Controlo da Situação Percebida

A percepção de controlo situacional foi avaliada por uma única variável, em escala do tipo diferenciador semântico com sete alternativas de resposta, de “1- Os cuidados que recebi na CE foram totalmente influenciados por mim” a “7- Os cuidados que recebi na CE foram totalmente influenciados pelas outras pessoas”.

A Satisfação

O estudo da satisfação foi medido com uma escala de 3 itens utilizada por Oliver (1980) na medição do desenvolvimento da satisfação. Obteve um Alpha Cronbach de $\alpha = .97$.

Neste estudo, as respostas foram obtidas usando uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta, de “1- Muito em desacordo” a “7- Muito em acordo”. A escala foi constituída por 3 itens e obteve um Alpha de Cronbach de $\alpha = .82$.

As Intenções Comportamentais

Os três itens de diferenciador semântico utilizados para medir as intenções comportamentais, foram retirados de uma escala desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1975), que avaliou a taxa de probabilidade dos indivíduos seleccionarem de novo um hospital. Obteve um Alpha de Cronbach de $\alpha = .98$.

No presente estudo foi utilizada uma escala de diferenciador semântico com sete alternativas de resposta de “1” a “7”, foi constituída por 3 itens e obteve um Alpha de Cronbach de $\alpha = .90$.

4 - PROCEDIMENTOS

Para proceder à aplicação do instrumento de colheita de dados, foi formalizado um pedido de autorização por escrito à administração da Clínica Europa. A aplicação dos questionários iniciou-se logo após aprovação verbal da parte da administração (Anexo I). Procedeu-se do mesmo modo com o pedido de colaboração à equipa de enfermagem do serviço de Internamento (Anexo II), acrescido de um reforço pessoal a cada um dos 13 enfermeiros pertencentes ao serviço. O objectivo foi alertar os enfermeiros para a importância da forma de abordar os clientes, assegurando o número máximo de participantes e o correcto preenchimento dos questionários. Na generalidade as pessoas só estão dispostas a responder se virem nisso alguma vantagem, ou se perceberem que a sua opinião vai contribuir para algo que considerem importante (Quivy e Campenhoudt, 1992). Foi pedido aos enfermeiros que fizessem chegar a mensagem aos clientes, dos benefícios resultantes do estudo, em particular um melhor desempenho dos profissionais e o aumento da satisfação dos clientes.

Numa segunda fase foi efectuado um pré-teste com uma amostra de 10 sujeitos, para assegurar a compreensão das perguntas na sua globalidade e a correspondência das respostas à informação pretendida. Houve necessidade de corrigir o texto introdutório do questionário de forma a torná-lo mais claro e objectivo. Importa realçar que foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato das respostas, no acto da entrega dos questionários e no respectivo texto introdutório.

O período de tempo necessário para a aplicação dos 210 questionários foi de quatro meses, compreendidos entre Dezembro de 2009 e Março de 2010. Neste período foram operados 270 doentes e entregues 210 questionários, ou seja, questionados cerca de 77,8 % dos clientes operados. O diferencial existente entre doentes operados e não abordados deveu-se à falta de oportunidade ou esquecimento pontual dos enfermeiros. A recusa de alguns pacientes, por falta de disposição ou limitação física, foi ultrapassada com a colaboração do enfermeiro ou de um familiar no preenchimento dos questionários.

5 – ANÁLISE

Para a análise e tratamento dos dados decorrentes da aplicação dos questionários, foi adoptado o programa *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS, versão 13) e utilizado um ficheiro em *Excel* para suporte de base de dados.

Relativamente a cada uma das três variáveis teóricas centrais, foi feita a respectiva análise de regressão parcial linear múltipla em dois momentos (Figura 3, Figura 4, Figura 5): no primeiro momento apenas com as variáveis de controlo; no segundo momento acrescentando a estas as variáveis teóricas antecessoras.

As variáveis centrais analisadas foram a Qualidade Percebida, a Satisfação e as Intenções Comportamentais. Procurou-se saber o efeito causado nestas variáveis por três grupos distintos de variáveis antecessoras, tais como:

- A desconfirmação das expectativas centrada numa dimensão focal, a desconfirmação das expectativas centrada numa dimensão contextual e a coordenação relacional, na Qualidade Percebida;

- A qualidade percebida (como variável independente), a coordenação relacional e o auto-controlo da situação percebida, na Satisfação;

- A satisfação (como variável independente) nas Intenções Comportamentais.

A Coordenação Relacional destaca-se neste modelo como determinante directo da qualidade percebida e da satisfação e indirectamente das intenções comportamentais.

Figura 3 – 1ª Análise de regressão parcial

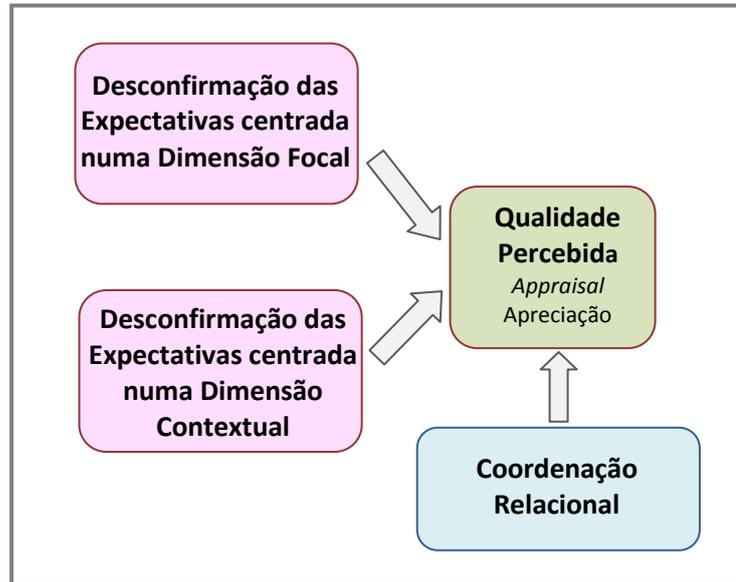


Figura 4 – 2ª Análise de regressão parcial

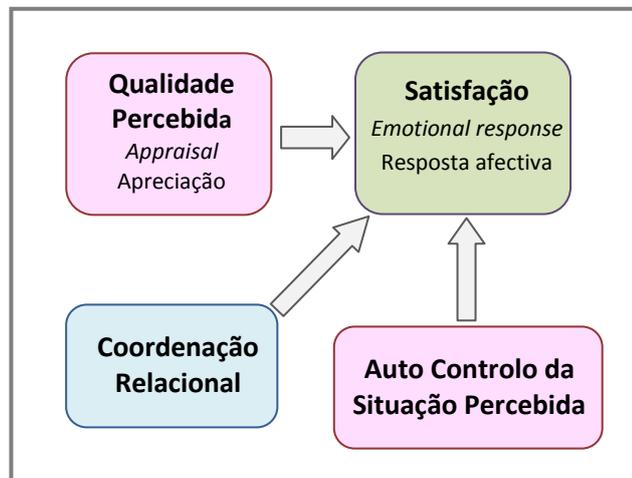
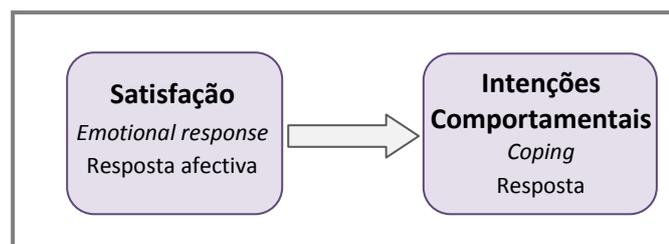


Figura 5 – 3ª Análise de regressão parcial



6 - RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com uma tabela estatística que revela, para cada questão, os valores obtidos das médias e desvio padrão a representarem a dispersão absoluta das respostas, os valores do coeficiente de variação a ilustrar a dispersão relativa das respostas e os valores mínimo e máximo observados.

TABELA 1
Estatística Descritiva das Escalas Estatísticas

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Desconfirmação das Expectativas	200	5,86	0,86	15%	4	7
1. Dimensão Focal	200	5,92	0,89	15%	3	7
2. Dimensão Contextual	200	5,64	0,98	17%	3	7
Coordenação Relacional	200	4,53	0,50	11%	2	5
Qualidade Percebida	200	9,00	0,80	9%	6	10
1. Tangibilidade	200	8,48	1,27	15%	5	10
2. Fiabilidade	200	8,93	0,96	11%	5	10
3. Capacidade de resposta	200	9,08	0,94	10%	6	10
4. Segurança	200	9,26	0,77	8%	6	10
5. Empatia	200	9,25	0,76	8%	6	10
Auto Controlo da Situação Percebida	199	5,71	1,19	21%	1	7
Satisfação	200	6,71	0,45	7%	5	7
Intenções Comportamentais	200	6,56	0,59	9%	4	7

Os valores indicados reportam-se às diferentes escalas de medida utilizadas

Os valores médios observados apresentam-se sempre próximo dos valores máximos das escalas de medida. Podemos verificar que a média da dimensão da satisfação é de todas as médias, a que apresenta um valor mais próximo do valor máximo da escala de medida, seguindo-se as dimensões das intenções comportamentais

e qualidade percebida. Com valores ainda altos mas ligeiramente inferiores, encontram-se as dimensões da coordenação relacional, seguidas das dimensões da desconfirmação das expectativas e auto controlo da situação percebida.

Ao realizar a análise bivariada, através da correlação de Pearson e de acordo com o critério utilizado por Pestana e Gagueiro (2005:107), encontram-se nos resultados seguintes, valores de correlação positiva significativa moderada e fraca entre todas as variáveis (Anexo VIII).

TABELA 2

Média, desvio padrão e correlação entre as variáveis em estudo

Variáveis	Média	Desvio padrão	1	2	3	4	5	6
1.Desconfirmação das exp. numa dimensão focal	5,92	.893 ¹	.94					
2.Desconfirmação das exp. numa dimensão contextual	5,64	.977 ¹	.711**	.67				
3.Coordenação relacional	4,53	.495 ²	.244**	.246**	.89			
4.Qualidade percebida	9,00	.803 ³	.414**	.404**	.355**	.94		
5.Auto-controlo da situação percebida	5,71	1.192 ⁴	.314**	.336**	.241**	.175*	.82	
6.Satisfação	6,71	.455 ¹	.191**	.159*	.223**	.394**	.131	.90
7.Intenções comportamentais	6,56	.594 ⁴	.313**	.323**	.227**	.485**	.127	.345**

N = 200. Coeficiente de Alpha de Cronbach apresentado na diagonal.

** - Correlação significativa $p \leq .01$

* - Correlação significativa $p \leq .05$

¹ - Escala tipo Likert de 1 - 7

² - Escala tipo Likert de 1 - 5

³ - Escala de diderencial semântico de 1 - 10

⁴ - Escala de diferencial semântico de 1 - 7

O valor de correlação mais significativo, resulta da correlação entre a dimensão contextual e a dimensão focal da desconfirmação das expectativas ($r = .711$; $p = .00$), o

que revela, de alguma forma, que existe uma relação directa entre os sinais focais centrados no pessoal dos serviços (atendimento e prestação directa) e o ambiente em que se inserem.

Segundo o modelo de investigação adoptado, a qualidade percebida pelo cliente tem como antecedentes as dimensões focal e contextual das expectativas e ainda a CR (Hipótese 1(a), Hipótese 1(b) e Hipótese 2). Através da tabela 2 pode confirmar-se a existência de uma correlação significativa moderada da qualidade percebida com a dimensão focal e contextual da desconfirmação das expectativas [($r = .414$; $p = .00$), ($r = .404$; $p = .00$)], e significativa fraca relativamente à qualidade percebida com a CR ($r = .355$; $p = .00$).

Quanto à satisfação, cujo modelo sugere ser antecedida pela qualidade percebida, pela CR e pelo auto controlo da situação percebida (Hipótese 3, Hipótese 4 e Hipótese 5), apresenta uma correlação positiva mas fraca com as três variáveis antecessoras. Dentro deste resultado, a correlação da satisfação com as três variáveis correspondentes apresenta um valor superior com a qualidade percebida ($r = .394$; $p = .00$), intermédio com a CR ($r = .223$; $p < .01$), e consideravelmente inferior com o auto controlo da situação percebida ($r = .131$). Este resultado estabelece algum paralelismo com o resultado correspondente à análise de regressão parcial que envolve estas variáveis. A variável antecessora da satisfação com impacto significativo na sua variância é claramente a qualidade percebida, a CR e o auto controlo da situação percebida, ao contrário do que se podia esperar, tem uma influência muito discreta, como veremos mais à frente.

As intenções comportamentais antecedidas pela satisfação (Hipótese 6), apresentam com ela, uma correlação significativa fraca ($r = .345$; $p = .00$), e curiosamente, uma correlação significativa moderada com a qualidade percebida ($r = .485$; $p = .00$) com quem não apresenta relação directa no modelo.

Fora da relação directa das variáveis dependentes com as respectivas antecessoras, encontram-se também correlações significativas fracas. São exemplo disso a correlação entre o auto-controlo situacional e as dimensões contextual ($r = .336$; $p = .00$) e focal ($r = .314$; $p = .00$) da desconfirmação das expectativas, e ainda, entre estas duas últimas e as intenções comportamentais respectivamente com ($r = .313$; $p = .00$) e ($r = .323$; $p = .00$).

Numa análise sucinta, os resultados confirmam uma correlação positiva entre as três variáveis dependentes e as respectivas dimensões que as antecedem. Verifica-se uma correlação positiva moderada no caso do efeito da desconfirmação das expectativas na qualidade percebida. Nas restantes variáveis encontra-se uma correlação positiva fraca, superior para qualidade percebida com a satisfação, seguida de valores que decrescem pela seguinte ordem: da CR com a qualidade percebida, da satisfação com as intenções comportamentais, da CR com a satisfação e do auto controlo situacional com a satisfação.

6.1 – Variáveis antecedentes da Qualidade Percebida

Na primeira análise de regressão parcial que inclui as Hipótese 1(a), Hipótese 1(b) e Hipótese 2, pretende-se testar, relativamente à experiência vivida pelos elementos da amostra, se existe uma associação positiva entre as variáveis da desconfirmação das expectativas numa dimensão focal e contextual e a qualidade percebida e uma associação positiva entre a CR e a qualidade percebida. O resultado desta análise de regressão parcial revela-se significativo. As variáveis de controlo praticamente não têm efeito na qualidade percebida, com ($R^2 = .013$) a explicar apenas 1.3% da sua influência, mas no conjunto destas com as variáveis teóricas obtém-se um resultado de ($F = 10.142$; $p = .00$), a explicar os 27% da variância da qualidade percebida com ($R^2 = .270$). Este resultado deve-se, assim, na quase totalidade, às variáveis teóricas que se revelam predictoras significativas da qualidade percebida.

TABELA 3

Resultado da Análise de Regressão da Qualidade Percebida com as variáveis antecedentes teóricas (desconfirmação das expectativas numa dimensão focal, desconfirmação das expectativas numa dimensão contextual e coordenação relacional), incluindo as variáveis de controlo (Anexo IX).

	Variável Dependente	
	Qualidade Percebida	
	Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²
Variáveis de Controlo:		
Idade	.010	-.036
Foi a primeira vez que utilizou os serviços da Clínica	-.102	-.114
Como foi a recuperação logo após a cirurgia	.035	.003
Qual o número de noites que passou na Clínica	.047	.045
Variáveis Teóricas:		
Dimensão focal		.229**
Dimensão contextual		.183*
Coordenação relacional		.253**
R ²	.013	.270**
ΔR		.257**
F	.619	10.142**
ΔF		22.566**

N = 200

¹ – Modelo 1 – Variáveis de Controlo

² – Modelo 2 – Variáveis de Controlo e Variáveis Independentes

*- Correlação significativa $p \leq .01$

** - Correlação significativa $p \leq .05$

No conjunto das variáveis antecessoras, quanto mais elevada a desconfirmação das expectativas em ambas as dimensões e quanto mais elevados os níveis de CR, mais elevada a qualidade percebida. Do total do impacto destas três variáveis, a CR explica 25% do impacto na qualidade percebida com ($\beta = .253$; $p = .00$), com um valor ligeiramente inferior a dimensão focal explica 23% da qualidade percebida com ($\beta = .229$; $p \leq .05$), e a dimensão contextual explica apenas 18% com um valor de ($\beta = .183$; $p \leq .05$). Em suma, concluí-se relativamente à CR, que os elementos da amostra são sensíveis à sua existência, que esta variável conta para explicar a qualidade percebida, e curiosamente, é a variável antecessora que melhor a explica.

6.2 - Variáveis antecedentes da Satisfação

Na segunda análise de regressão a variável central é a satisfação, e pretende-se testar se esta variável é influenciada positivamente pela qualidade percebida, pela CR e pelo auto controlo da situação percebida.

TABELA 4

Resultado da Análise de Regressão da Satisfação com as variáveis teóricas antecedentes (qualidade percebida, coordenação relacional e auto controlo da situação percebida), incluindo as variáveis de controlo (Anexo X).

	Variável Dependente	
	Satisfação	
	Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²
Variáveis de Controlo:		
Idade	.074	.061
Foi a primeira vez que utilizou os serviços da Clínica	.061	.103
Como foi a recuperação logo após a cirurgia	.012	-.004
Qual o número de noites que passou na Clínica	-.052	-.069
Variáveis Teóricas:		
Qualidade percebida		.368**
Coordenação relacional		.079
Auto-controlo da situação percebida		.052
R ²	.008	.180**
Δ R		.171**
F	.407	6.010**
Δ F		13.376**

N = 200

¹ – Modelo 1 – Variáveis de controlo

² – Modelo 2 – Variáveis de controlo e variáveis independentes

*- Correlação significativa $p \leq .05$

** - Correlação significativa $p \leq .01$

Nesta análise de regressão, onde a qualidade percebida entra agora como variável independente, incluem-se a Hipótese 3, a Hipótese 4 e a Hipótese 5. O resultado desta análise é significativo, apesar de, tal como na análise de regressão

anterior, as variáveis de controlo terem uma expressão residual na explicação da sua variável dependente, com ($R^2 = .008$) a explicar apenas 0.8% de influência. Do impacto conjunto das variáveis de controlo com as variáveis teóricas, obtém-se um resultado significativo de ($F = 6.010$; $p = .00$) a explicar 18% da variância da satisfação, para ($R^2 = .180$). Como se pode constatar na tabela 4, este resultado deve-se na quase totalidade às variáveis teóricas, em particular à qualidade percebida ($\beta = .368$; $p = .00$), já que a CR e o auto controlo da situação percebida apresentam baixos valores de ($\beta = .079$; $p \leq .05$) e ($\beta = .052$; $p \leq .05$) respectivamente.

Em termos percentuais a qualidade percebida explica 37% da variância da satisfação, a coordenação relacional 0.8% e o auto controlo da situação percebida apenas 0.5%. Conclui-se que a qualidade percebida é a variável antecedente da satisfação que melhor a explica, e que as restantes variáveis influenciam-na muito pouco, com valores que apesar de positivos são significativamente baixos.

6.3 – Variáveis antecedentes das Intenções Comportamentais

Na última análise regressão está incluída apenas a Hipótese 6, que pretende testar se a satisfação tem um efeito positivo nas intenções comportamentais do cliente, originando comportamentos de lealdade e fidelização para com a instituição.

Os resultados desta análise confirmam que a satisfação tem, na realidade, um efeito positivo nas intenções comportamentais, e que o modelo de regressão encontrado apresenta um resultado positivo significativo. No modelo1 as variáveis de controlo têm mais uma vez pouca expressão, apesar de ser a análise de regressão parcial em que estas variáveis mais influenciam a variável central, com valores ligeiramente acima das análises anteriores, 2.1% para ($R^2 = .021$).

TABELA 5

Resultados da Análise de Regressão Linear das Intenções Comportamentais com a variável teórica antecedente da satisfação, incluindo as variáveis de controlo (Anexo XI).

	Variável Dependente	
	Intenções Comportamentais	
	Modelo 1 ¹	Modelo 2 ²
Variáveis de Controlo:		
Idade	.008	-.018
Foi a primeira vez que utilizou os serviços da Clínica	-.106	-.128
Como foi a recuperação logo a pós a cirurgia	-.001	-.006
Qual o número de noites que passou na Clínica	.104	.122
Variável Teórica:		
Satisfação		.356**
R ²	.021	.147**
Δ R		.126**
F	1,065	6.687**
Δ F		28.574**

N = 200

¹ – Modelo 1 – Variáveis de Controlo

² – Modelo 2 – Variáveis de Controlo e Variáveis Independentes

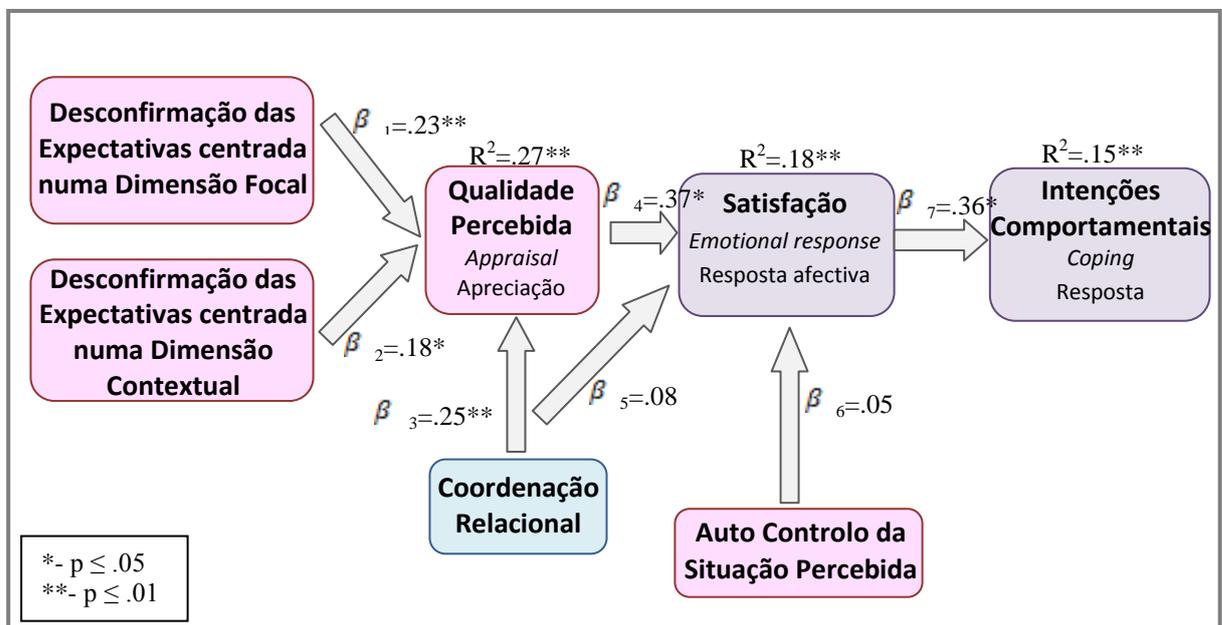
*- Correlação significativa $p \leq .05$

** - Correlação significativa $p \leq .01$

O número de noites que o doente passou na clínica, é das variável de controlo aquela que apresenta maior peso com 1.4%. No modelo 2, o conjunto das variáveis de controlo e teóricas (nesta análise apenas a satisfação), apresenta um resultado de ($\beta = .356$; $p = .00$) responsável pelos 15% da variância das intenções comportamentais. Um resultado significativo de ($F = 6.687$; $p = .00$) para uma variância de ($R^2 = .147$). Concluí-se que a satisfação tem uma influência significativa nas intenções comportamentais, pelo que quanto mais elevada a satisfação mais elevada as intenções comportamentais no sentido da lealdade e fidelização do cliente à instituição.

Para uma melhor visualização dos resultados apresentados, segue-se de forma esquemática o modelo estrutural de investigação, com os valores resultantes das análises de regressão parcial, ou seja, o efeito nas variáveis dependentes do conjunto das variáveis de controlo e teóricas.

Figura 6 – Modelo Estrutural do impacto das variáveis antecedentes na Qualidade Percebida, na Satisfação e nas Intenções Comportamentais.



7 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O contexto actual das unidades de saúde privadas é uma realidade que envolve um universo de clientes com uma exigência crescente relativamente à qualidade dos serviços prestados. A opção de escolha, cada vez mais alargada, conduz a uma inevitável competitividade entre as empresas. Nesta perspectiva, a existência de recursos humanos que se destaquem na sua forma de actuar, interagir e servir o cliente, revela-se hoje um verdadeiro factor de diferenciação deste tipo de organizações. Estão nesta situação os profissionais que integram os centros operacionais, que mantêm contacto directo com o cliente, que trabalham de forma contínua, e que, na maioria das vezes, são os principais responsáveis pela imagem positiva ou negativa registada na memória do cliente. Estes profissionais detêm nestas organizações um poder significativo, resultante do facto de controlarem o seu próprio trabalho, actuarem independentemente dos parceiros e, geralmente, apenas sob o controlo do colectivo dos colegas.

Neste contexto de complexidade, um adequado tipo de coordenação e interacção entre os diferentes profissionais de saúde é imprescindível. A CR é um atributo das equipas multidisciplinares que parece responder plenamente a este requisito. Sendo o cliente o elemento central e principal desta equipa, seria fundamental que este modelo de interacção e coordenação informal de métodos de trabalho contribuísse para deixar no cliente uma impressão de qualidade superior, maior satisfação e a vontade de voltar. A CR reforçaria assim a sua importância como uma teoria actual e inovadora pela abrangência do seu impacto.

Testar a CR nesta perspectiva e no contexto de um serviço de cirurgia de uma instituição de saúde privada, tornou-se a questão de fundo deste estudo. Tendo sido um tema abordado em sala de aula, despertou particular interesse pela forma natural e orgânica como propõe uma interacção entre os profissionais, e pelo reflexo positivo que demonstra ter na *performance* dos serviços. A pesquisa sobre o tema continuou a surpreender pela oferta de soluções para algumas das disfunções encontradas nos processos internos e circuitos diários dos serviços.

A CR apresenta-se como uma cultura assente em formas diferentes de comunicação e relacionamento, como uma forma de coordenação que se diferencia de outras, clássicas, identificadas na teoria organizacional, por sobrevalorizar a interação mútua dos participantes em detrimento dos mecanismos que suportam as suas acções. A CR é uma teoria que ao propor uma adequada comunicação entre os profissionais, propõe uma harmoniosa interação das suas tarefas e uma diferente forma de gerir os mecanismos que dão suporte a essas interações (programação de funções e tarefas e padronização e estabelecimento de rotinas). Os mecanismos existentes têm-se revelado insuficientes, por se tratar de áreas onde prevalecem actividades reciprocamente interdependentes, com elevado grau de incerteza e escasso tempo de realização.

Com resultados positivos já testados em ambientes de trabalho complexos, como unidades de saúde e companhias de aviação, a CR defende uma perspectiva da coordenação que parece reunir e completar o que de melhor têm sugerido outros autores nesta matéria.

A empatia criada por esta cultura visionou a possibilidade de um investimento consistente e sistematizado nas relações entre os diferentes grupos profissionais, com a mais valia representada pelo aumento de realização profissional e pelo aumento dos níveis de produtividade e credibilidade da empresa.

Por tudo isto, restava então saber se a existência de CR seria importante a ponto de influenciar a impressão de qualidade, a satisfação e a lealdade dos clientes.

Para dar resposta a esta questão foi delimitado um universo de investigação com a escolha de uma clínica privada de média dimensão. O modelo de pesquisa utilizado foi retirado de um estudo de Gotlieb (1994: 878) sobre intenções comportamentais, que permitiu avaliar os factores que influenciam a percepção de qualidade do cliente, as suas atitudes e crenças, e simultaneamente, testar um outro factor possível de os influenciar - a CR. Gotlieb relacionou cinco variáveis que considerou importantes para explicar as intenções comportamentais. Na adaptação deste modelo foram consideradas três variáveis dependentes que originaram três análises de regressão distintas: análise da qualidade percebida, da satisfação e das intenções comportamentais. A coordenação relacional foi definida como variável antecedente da qualidade percebida e da satisfação. Das oito variáveis de controlo criadas para caracterizarem a amostra, apenas

quatro entraram nas análises de regressão múltipla, por parecerem ser as variáveis de controlo capazes de influenciar as variáveis centrais.

Na primeira análise de regressão parcial múltipla foi avaliada a qualidade percebida. A avaliação realizada pretendeu focar diferentes aspectos, de acordo com a teoria que defende que a qualidade dos serviços de saúde e o atendimento em geral estão aliados à mais avançada utilização de tecnologia, a uma moderna técnica de cuidados e a um tratamento humano elevado ao seu grau de excelência. Centrou-se em dimensões como: qualidade dos equipamentos, fiabilidade, credibilidade, cortesia e entendimento dos clientes, competência dos profissionais e qualidade da comunicação. Esta avaliação tentou estar em sintonia com dimensões teorizadas por diferentes autores e organizações que nos últimos anos contribuíram para a construção dos instrumentos de avaliação mais utilizados, tais como: (Parasuranam *et al.* 1985), Carr-Hill (1992), Coddington e Moore (1987) ou Gronroos (1983).

Os itens de avaliação foram, assim, baseados na *performance* do serviço, sendo que, o valor médio das respostas esteve sempre próximo dos valores máximos da escala de medida. O resultado obtido através deste instrumento de medida foi bastante positivo, revelou que os clientes entendem que esta unidade de saúde tem presente as dimensões da qualidade, e revelou que se distinguem discretamente as dimensões da cortesia, da comunicação e a dos profissionais entenderem bem os clientes.

As duas primeiras hipóteses de estudo associam uma relação positiva entre a desconfirmação das expectativas, numa dimensão focal (Hipótese 1a) e contextual (Hipótese 1b), e a qualidade percebida. O resultado desta avaliação revelou-se bastante positivo. O nível do ‘produto’ e do ‘serviço’ excedeu as expectativas do consumidor, ou seja, ambas as dimensões (focal e contextual) originaram uma ‘sentença final’ bastante favorável. Confirmam-se assim a Hipótese 1 e a Hipótese 2, pelo que, uma positiva desconfirmação das expectativas, centrada numa dimensão focal e contextual, afecta positivamente a qualidade percebida. Importa acrescentar a este resultado o facto destas variáveis teóricas serem as únicas a obter valores de correlação significativa moderada, relativamente à variável que influenciam. A qualidade percebida é também das três variáveis centrais, aquela cujos antecedentes mais fortemente a explicam (27%), devido, na quase totalidade, ao impacto da CR (Hipótese 2) como abordarei mais à frente. A variância da qualidade percebida é explicado na quase totalidade pelas variáveis

teóricas, já que as variáveis de controlo a influenciam apenas em 1.3%. Relativamente ao peso das variáveis teóricas, a dimensão focal teve um impacto superior à contextual com ($\beta = .229$; $p \leq .05$) e ($\beta = .183$; $p \leq .05$) respectivamente. Isto significa que o pessoal de enfermagem, seguido do administrativo, contribui mais significativamente para a percepção de qualidade do cliente, do que propriamente as pistas fornecidas pelo ambiente contextual (qualidade dos quartos e refeições). Este resultado é concordante com a visão de Gotlieb (1994), de que os serviços devem ser vistos como uma interacção entre o consumidor, o prestador e o ambiente em que estes são produzidos e consumidos. A confirmação destas hipóteses vai também ao encontro dos autores Fishbein & Azjen (1975) e (1980), que defendem que a teoria do valor da expectativa se aplica para ajudar a explicar que a desconfirmação das expectativas influencia a qualidade percebida. Relativamente aos autores que defendem que a desconfirmação é um dos antecedentes mais fortemente relacionados com a satisfação, este estudo (não tendo contemplado a desconfirmação das expectativas como antecedente directo da satisfação), apenas pode concluir que essa relação se verifica, indirectamente, por via da prestação da qualidade, já que a Hipótese 3 (incluída na segunda análise de regressão) também se confirma, com uma associação positiva entre a qualidade percebida e a satisfação.

A satisfação enquanto indicador da qualidade percebida dos serviços e instituições, tem implícita uma ligação natural entre estes dois constructos. Nesta perspectiva, Zeithaml e Bitner (2000) defendem que a satisfação é geralmente vista como um conceito mais abrangente, enquanto a avaliação dos parâmetros da qualidade leva especificamente às dimensões dos serviços.

Na segunda análise de regressão, foram avaliados os níveis de satisfação atingidos pelos sujeitos da amostra e que se revelaram bastante satisfatórios. Todos os itens em média estiveram próximo do valor máximo da escala de medida, pelo que os clientes se mostraram claramente agradados pela opção que fizeram ao seleccionarem esta unidade de saúde.

O instrumento de avaliação utilizado permitiu-nos confirmar a Hipótese 3, que estabelece uma associação positiva entre a qualidade percebida e a satisfação. A correlação encontrada entre a satisfação e a qualidade percebida foi significativa mas fraca ($r = .394$; $p = .00$), e o resultado desta análise de regressão foi significativo. A

qualidade percebida com ($\beta = .368$; $p = .00$), explica na quase totalidade os 18% de variância da satisfação, já que a coordenação relacional (Hipótese 4) com ($\beta = .079$; $p \leq .05$) e o auto-controlo situacional (Hipótese 5) com ($\beta = .052$; $p \leq .05$), apresentam valores de reduzida expressão. Mais uma vez, as variáveis de controlo têm uma influência residual de 0.8%, concluindo-se assim, que na segunda análise de regressão os 18% de variância da satisfação são praticamente da responsabilidade da qualidade percebida com 37%.

Este resultado vai ao encontro dos últimos conceitos presentes na literatura, que no seu todo, defendem que a satisfação do cliente resulta de altos níveis da qualidade percebida. São conceitos que estão na génese da busca incessante do serviço de excelência, que diferencia as unidades de saúde que lideram os mercados. Neste contexto, Andaleeb (2001) refere que a satisfação do cliente devia encontrar o seu caminho no desenvolvimento dos serviços de saúde, tendo em conta a relação entre a qualidade percebida e a satisfação. Também Donabedian (1988) refere, que a satisfação devia ser indispensável para avaliar a qualidade dos serviços e contribuir para desenhar os sistemas de gestão dos cuidados de saúde.

Na análise da satisfação estava ainda incluída a Hipótese 5, que estabelece uma associação positiva entre a forma como o cliente sente que controla e influencia os acontecimentos e a sua satisfação. Sendo o auto-controlo situacional definido como o grau em que uma pessoa acredita que ela própria pode influenciar um evento, como por exemplo, a natureza do serviço que se recebe, 86% dos sujeitos da amostra entenderam que não tiveram muito auto-controlo no desenrolar dos acontecimentos, que dependeu fundamentalmente dos profissionais. A correlação encontrada entre este antecedente e a satisfação foi positiva fraca ($r = .131$), e a sua influência na variância da satisfação muito pouco significativa, com ($\beta = .052$; $p \leq .05$) a explicá-la em apenas 0.5%. Confirma-se a Hipótese 5 com uma associação positiva entre o auto-controlo situacional e a qualidade percebida, se bem que apenas com um valor residual. Podemos concluir, que os clientes têm confiança na equipa, consideram que mais do que eles próprios os profissionais influenciam o decorrer dos acontecimentos, e podemos ainda concluir, que o auto-controlo situacional não interfere significativamente nos níveis de satisfação revelados. Estando o constructo do auto-controlo situacional incluído no modelo de Gotlieb (1994: 878) como antecedente da satisfação, e considerando a teoria de Bagozzi

(1992) que também diz que a percepção de controlo situacional influencia a satisfação em diferentes contextos, no contexto deste estudo (curto internamento cirúrgico em clínica privada), tal pouco se verificou, apenas com um resultado residual. Melhor dizendo, o facto dos clientes da amostra entenderem que o decorrer dos acontecimentos dependeu fundamentalmente das outras pessoas e não deles próprios, não interferiu negativamente na satisfação alcançada.

Na terceira e última análise de regressão parcial, avaliaram-se as intenções comportamentais do cliente, que corresponderam a comportamentos de lealdade para com a instituição. Com valores médios sempre próximos dos valores máximos da escala de medida, os clientes manifestaram claramente uma forte probabilidade de escolherem de novo esta instituição de saúde. Isto prova que a experiência vivida nesta unidade influenciou positivamente o utilizador, desencadeando-lhe a intenção de voltar por se terem criado sentimentos de lealdade à instituição.

Esta análise de regressão incluiu a Hipótese 6, que estabelece uma associação positiva entre a satisfação e as intenções comportamentais. Esta hipótese confirmou-se, pelo que, quanto mais elevada a satisfação mais elevadas as intenções comportamentais no sentido do regresso à instituição e à sua recomendação. De acordo com Zeithaml e Bitner (2000), as instituições que conseguem promover a lealdade dos seus utilizadores, criam clientes que servem a própria instituição pela referência publicitária que fazem ao passarem a mensagem de boca-a-boca.

A satisfação com um valor de ($\beta = .356$; $p = .00$), única antecedente teórica das intenções comportamentais, confirmou ser responsável da quase totalidade dos 15% da sua variância. Neste valor estão incluídas as variáveis de controlo que mais uma vez apresentaram muito pouca expressão. Ainda assim, foi a análise de regressão em que as variáveis de controlo tiveram mais impacto, com cerca de 2.1 %, sendo o número de noites passadas na clínica o que se revelou mais significativo. Um período de tempo de internamento mais alargado permite um registo mais preciso da realidade vivida e da forma como essa realidade pode interferir nas suas atitudes futuras

A correlação encontrada entre as intenções comportamentais e a satisfação foi significativa fraca com ($r = .345$; $p = .00$). Curiosamente, a correlação das intenções comportamentais com a qualidade percebida, que não apresenta relação directa no modelo, foi significativa moderada ($r = .485$; $p = .00$). Das três análises de regressão, a

análise das intenções comportamentais, foi aquela cujas variáveis antecedentes, apesar de explicarem a variável central com uma percentagem significativa, explicam-na com menor percentagem que as restantes análises.

Por último, a CR verificou-se que está presente entre os profissionais desta instituição e que os sujeitos da amostra são sensíveis à sua existência. Mais uma vez, os valores médios observados nas respostas estão sempre próximos dos valores máximos da escala de medida. Dos factores que caracterizam a CR, destacam-se, com valores discretamente mais elevados, o respeito mútuo e a partilha de metas e objectivos.

A CR foi incluída nas duas primeiras análises de regressão, como antecedente da qualidade percebida na primeira e da satisfação na segunda. Para ambas as variáveis a CR apresentou uma correlação significativa fraca, com a qualidade percebida ($r = .355$; $p = .00$) e com a satisfação ($r = .223$; $p < .01$). Relativamente ao impacto da CR na explicação destas variáveis, verificou-se uma discrepância considerável. Enquanto a CR é responsável por 25% da variância da qualidade percebida, aliás, a variável que melhor a explica, no caso da satisfação o seu efeito é reduzido com um valor residual de apenas 0,8%. Quando um dos pressupostos do estudo era provar o impacto da CR na qualidade percebida e na satisfação, este resultado parece desapontar, uma vez que a CR se apresenta apenas como principal antecedente da qualidade percebida. Recorrendo à fundamentação teórica para explicar este resultado, consideram-se vários estudos, unânimes em dizer que a qualidade do serviço representa um julgamento cognitivo enquanto a satisfação uma avaliação mais afectiva. Esta ordem estabelece uma relação causal entre a qualidade dos cuidados e a satisfação e posiciona a qualidade do serviço como uma antecedente da satisfação.

Segundo Zeithaml (1988), a qualidade percebida é definida pela apreciação (*appraisal*) do nível de excelência global de um produto, variável e capaz de ajudar a explicar os mais recentes modelos de intenções comportamentais. Por outro lado, existe uma ‘reacção em cadeia’ nos mecanismos de auto-regulação defendidos por Bagozzi (1992) na explicar das intenções comportamentais. O autor refere que a impressão de qualidade influencia a resposta emocional (satisfação), que por sua vez determina o ‘enfrentar resposta’, ou seja, o *coping* (intenções comportamentais). Apesar do modelo de investigação apresentado não contemplar a CR como antecedente directo das intenções comportamentais, perante esta explicação, e perante os resultados que

confirmam as Hipóteses 3 e 6 (com um impacto positivo da qualidade percebida na satisfação e da satisfação nas intenções comportamentais), podemos dizer que a CR, ao influenciar a qualidade percebida, acaba a influenciar a satisfação e as intenções comportamentais. A reforçar esta associação considera-se o facto da qualidade percebida explicar a quase totalidade dos 18% de variância da satisfação. Autores como (Williams e Calnan, 1991) defendem que a qualidade percebida é a chave que determina o sucesso de uma organização, devido ao papel fundamental que tem no alcance da satisfação. Por isso mesmo, se a qualidade percebida é influenciada positivamente pela CR e tem um efeito positivo na satisfação, a CR também tem um efeito positivo na satisfação com todos os benefícios daí resultantes.

A premissa inicial do estudo foi provada ao confirmarem-se todas as hipóteses do modelo de investigação. Este resultado permitiu concluir que a existência de CR nesta unidade de saúde privada influencia a percepção de qualidade do cliente, por via da qualidade influencia a satisfação, e indirectamente influencia as intenções comportamentais, pois provou-se que a satisfação tem um impacto positivo nas atitudes e crenças do cliente. A importância da teoria preconizada por Gittell foi reconfirmada. Relativamente às dimensões da CR o impacto causado nos clientes pela frequência e pelo sentido oportuno da comunicação revelaram ser as características da comunicação menos presentes, ainda assim com valores médios positivos de $M = 4.44$ e $M = 4.35$ respectivamente.

Consideraram-se algumas limitações neste estudo que importa referir. Nas questões referentes à desconfirmação das expectativas, gostaria de ter incluído outros profissionais de saúde para além dos enfermeiros e administrativos do *front office*. Tal não foi possível porque nem todos os clientes cirúrgicos chegam a ter contacto com outros profissionais. No caso em que os clientes tiveram contacto com outros profissionais, inclui-los a todos, tornaria o questionário demasiado extenso. Optei por seleccionar os enfermeiros, por serem os profissionais que passam mais tempo com o cliente e acompanham o seu circuito na globalidade. Os administrativos do *front office* foram igualmente seleccionados, porque habitualmente protagonizam o primeiro e último contacto com o cliente, deixando-lhe uma primeira e última imagem que facilmente retêm na memória. Nas questões que se referiam aos profissionais em geral, à partida, todos estavam incluídos.

Outra limitação encontrada deve-se ao facto dos sujeitos da amostra terem sido apenas clientes submetidos a intervenção cirúrgica. Num estudo futuro, seria importante analisar a perspectiva de clientes em diferentes situações de doença, ou em regime de consultas, tratamentos e utilização de MCDT. Na realidade, a instituição em estudo tem na actualidade um aporte significativo de clientes a usufruírem fundamentalmente destes serviços. Outra perspectiva importante de analisar seria a de clientes internados por períodos de tempo mais alargados, como é o caso de internamentos não cirúrgicos, e o que teria de ser feito noutra tipo de instituição. Quanto mais tempo o cliente permanece na instituição maior a oportunidade de se aperceber da relação e comunicação entre os profissionais. São situações de análise distintas, sendo que, todas elas contribuiriam seguramente para conferir à CR a sua verdadeira importância e valor.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que existem condições nesta instituição de saúde de média dimensão, para desenvolver de forma sistematizada a CR como cultura de base da instituição. A CR está latente, os clientes são sensíveis à sua existência e considerando todas as vantagens já descritas, resta avançar para uma consolidação desta sábia forma de interagir, partilhar e comunicar. Para isso, é necessário planear, implementar e acompanhar a sistematização deste modelo. Fica por isso, a proposta de num futuro próximo avançar com um segundo tempo de investigação.

Por último, gostaria de referir que o esforço desenvolvido ao longo de dois anos de formação na área da gestão dos serviços de saúde, contribuíram significativamente para a minha formação profissional, ajudando-me a desenvolver novas competências na área da gestão e adquirir uma nova visão de uma organização de saúde. Na realidade, o desenvolvimento financeiro e tecnológico trouxe melhorias consideráveis na prestação de cuidados, mas ainda há um grande trabalho a desenvolver na arte de pensar em conjunto, de partilhar conhecimentos, metas e objectivos, de reflectir nos sucessos e insucessos e de dialogar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, F. (2004), *A Estratégia nas Organizações, em Introdução à Gestão de Organizações*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica 4, 181-220.

Cunha, M, e Rego A. (2003), *Comportamento organizacional e Gestão: Instrumentos de medida*. Lisboa: Escolar Editora.

Cunha, M.P., R. Arménio, R.C. Cunha e C.C. Cardoso (2006), *Manual de comportamentos organizacionais e gestão*. 5ª edição, Lisboa: Editora RH, ISBN: 972-8871-08-2.

Dantas, U. (2001), *Qualidade da assistência médico-hospitalar - Conceito avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Drucker, P.F. (1992), *Administrando para o futuro: Os 90 anos e a virada do século*. 1ª edição, S.Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Fishbein, M. e I. Ajzen (1975), *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. New York, NY: Addison-Wesley.

Fortin, M.F. (1999), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: LUSOCIÊNCIA, ISBN: 972-8383- 10- X.

Fragata, J. e L. Martins (2004), *O Erro em medicina: perspectiva do indivíduo, da organização e da sociedade*. 1ª edição, Coimbra: Almedina, ISBN: 972-40-2347-8.

Galpin, T. (2000), *O Lado Humano da Mudança*. 1ª edição, Lisboa: Edições Sílabo, ISBN: 927-618-227-1.

Gittell, J.H. (2006), *Relational coordination: coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect*. Editora Kyriakidou and M. Ozbilgin, Edward Elgar Publishers.

Maturana, H. (2001) *Cognição, ciência e vida quotidiana*. Belo Horizonte: UFMG.

Mintzberg, H. (2004), *Estrutura e dinâmica das organizações*. 3ª edição, Lisboa: Dom Quixote, ISBN: 972-20-1147-2.

Quivy, R. e L. Campenhoudt (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Pestana, H. e J.N. Gagueiro (2003), *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo, ISBN 972 – 618 – 297 – 2.

Weitzman, B.C. (1995), In: A.R. kovner, *Health care delivery in the United States*. 5th edition, Berlin: Springer.

- Zeitzman, B.C. e M.J. Bitner (2000), *Services marketing*. New York: McGraw-Hill.
- Oliver, R. (1997), *Satisfaction a behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Rovere, M. (1998), *Redes: hacia la constitución de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: Juan Lazarte.
- Gittell, J.H. (2006), The Heller School for Social Policy and Management. Brandeis University: Prepared for Conference on HRM and Knowledge Related Performance. Copenhagen Business School Center for Strategic Management and Globalization, (781) 736-3680.
- Silva, C., A. Lopes, I. Massapina e T. Santos (2007), Estudo da satisfação dos utentes do hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. Universidade de Évora – Dep. Sociologia / Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, Relatório final Évora.
- Andaleeb, S.S. (2001), Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country, *Social Science & Medicine* 52, 1359-1370.
- Anderson, E.W. (1993), Firm industry and national indices of customer satisfaction – Implications for services in advances, *Services Marketing and Management*, Hampton Hill: JAI Press, Vol 2. 87-108.
- Anderson, E., C. Fornell e D. Lehmann (1994), Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. *Journal Marketing* 58, 53-66.
- Bardel, C. (2001), Social Comparisons in Boundary-spanning Work: Effects of community Outreach on Members Organizational Identity and Identification, *Administrative Science Quarterly* 46, 379-414.
- Bagozzi, R.P. e Yi Y. (1988), On the evaluation of structural equation models, *Journal of the Academy of Marketing Science* 16, 74-94.
- Bagozzi, R.P. (1992), Special issue: Theoretical advances in social psychology, *Social Psychology Quarterly* 55, 178-204.
- Boscarino, J.A. (1996), Patients’ perception of quality hospital care and hospital occupancy: are there biases associated with assessing quality care based on patients’ perceptions? *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 467-477.
- Bryant, C., E. Kent, J. Lindenberger e J. Schreier (1998), Increasing consumer satisfaction, *Mark Health Service* 18, 4-18.
- Cameron, K.S. (1998), Strategic organizational downsizing: an extreme case, *Research in Organizational Behavior* 20, 185-229.
- Carr-Hill, R. (1992), The measurement of patient satisfaction, *J Public Health Med* 14, 236-249.

Choi K.S., H. Lee e C. Kim (2005), The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of services, *Journal Service Marketing* 19, 140-149.

Coddington, D. e Moore K. (1987), Quality of care as a business strategy: How customers define quality and how to market it, *Healthcare Forum* 30 (2), 29-32.

Collins, C.J. and K. Clark (2003), Strategic human resource practices, top management team social networks, and firm performance: The roles of human resource practices in creating organizational competitive advantage, *Academy of Management Journal* 46(6), 740-751.

Cristopher, J.M., J. Aurifeille e P.G. Quester (2005), A collaborative interest model of relational coordination and empirical results, *Journal of Business Research* 58, 214-222.

Donabedian, A. (1980), Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessments, vol 1. Health Administration Press, Ann Arbor.

Donabedian, A. (1988), Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means, *Inquiry* 25, 173-192.

Feuerwerker, L.C.M. (2000) O processo de construção e de trabalho da rede unidade, *Saúde Deb.* 24(55), 9-17.

Fitzpatrick, R. e A. Hopkins (1983), Problem in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration, *Social Health* 5, 297-311.

Fornell, C. (1992), A national customer satisfaction barometer: the Swedish experience, *Journal Marketing* 56, 6-21

Gittell, J.H. (2000), Organizing work to support co-ordination, *The International Journal of Human Resource Management* 11(3), 517-539. Gittell, J.H. (2002 a), Coordinating mechanisms in care providers groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects, *Management Science* 48(11), 1408-1426.

Gittell, J.H. (2002 b), Relationships between service providers and their impact on customers *Journal of Service Research* 4(4), 299-311.

Gittell, J.H. e L. Weiss (2004), Coordination networks within and across organizations: a multilevel framework, *Journal of Management Studies* 41(1), 127-53.

Gittell, J.H., Weinberg D., Pfefferle S. e Bishop C. (2008), Impact of Relational Coordination on Job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes, *Human Resource Management Journal*, 18(2), 154-170.

Gittell, J.H., D.B. Weinberg, A.L. Bennett e J.A. Miller (2008 a), Is the doctor in? a relational approach to job design and the coordination of work, *Human Resource Management* 47(4), 729-755.

Gittell, J.H. (2008 b), Relationships and resilience: care provider responses to pressures from managed care, *The Journal of Applied Behavioral Science* 44(1), 25-47.

Gotlieb, J.B. (1990), Communicating price-quality relationships, *Journal of Applied Social Psychology* 20, 404-423.

Gotlieb, J.B., D.E. Grewal e S.W. Brown (1994), Consumer satisfaction e perceived quality: complementary or divergent constructs?, *Journal of Applied Psychology* 79, 875-885.

Hartz, Z.M.A. e A.P. Contandriopoulos (2004), Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls", *Caderno Saúde Pública* 20(2), 331-6.

Kara A., S. Lonial, M. Tarim e S. Zaim (2005), A paradox of service quality in Turkey - the seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality, *Eur Bus Rev* 17, 2-20.

Kloetzel, K., A.M. Bertoni, M.C. Irazoqui, V.P.G. Campos e R.N. Santos (1998), Controle de qualidade em atenção primária à saúde. a satisfação do usuário, *Caderno de Saúde Pública* 14(3), 2230-8.

Kogut, B. e U. Zander (1996), What firms do? Coordination, identity and learning, *Organ. Science* 7(5), 502-518.

Kui-Son C., W. Cho, L. Sunhee, L. Hanjoon e K. Chankon (2004), The relations among quality, value, satisfaction and behavior intention in health care provider choice: a South Korean study, *Journal of Business Research* 57, 913-921.

Johnson, M., E. Anderson e C. Fornell (1995), Rational and adaptive performance expectations in a customer satisfaction framework, *Journal Consumer Res.*, 21, 695-707.

Langer, E.J. e S. Saeger (1977), Crowding and cognitive control, *Journal of Personality and Social Psychology* 35, 175-182.

Linder-Pels, S. (1982), Toward a theory of patient satisfaction, *Social Science and Medicine* 16, 577-582.

Longest, B. e J. Klingensmith (1988), J. Coordination and communication In: Shortell, S. M., A.D. Kaluzny, Health care management: a text in organization theory and behavior, *J. Coordination and communication*, New York: Delmar Publishers, 230-45.

Mitchell, S.M. e S.M. Shortell (2000), The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice, *Milbank Q.* 78(2), 241-89

Newcome, L.N. (1997), Messuring of trust in health care, *Health affair*, 16, 50-1.

- O'Connor, S.J., R.M. Shewchuk e L.W. Carney (1994), The great gap, *Journal of Health Care Marketing* 14 (2), 32-39.
- Oliver, C, (1990), Determinants of inter-organizational relationships: integration and future directions, *Academy Management Review* 15, 241-65.
- Parasuraman, A., V.A. Zeithamal e L.L. Berry (1985), A conceptual modelo f service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing* 49 (4), 41-50.
- Pascoe, G.C. (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Eval Program Plann* 6, 185-210.
- Peyrot, M., P. Cooper e D. Schnapt (1993) Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services, *J Health Care Mark* 13:24–33.
- Ronald, W.N., E. Kiryanova e W.C. Black (2005), The dimensional stability of the standars used in the disconfirmation paradigm, *Journal of Retailing* 81, 49-57.
- Safran, D.G., W. Miller e H. Beckman (2005), Organizational dimensions of relationship-centered care: theory, evidence, and practice, *JGIM* 21(1), 9-15.
- Sower, V., J. Duffy, W. Kilbourne, G. Kohers e P. Jones (2001), The dimensions of service quality for hospitals: development and Use of the KQCAH scale, *Health Care Management Review* 26(2), 47-59.
- Spector, P.E. (1986), Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work, *Human Relations* 39, 1005-1016.
- Taylor, C. e J.R. Benger (2004), Patient satisfaction in emergency medicine, *Emergency Medical Journal* 21, 528-532.
- Tse, D.K., e P.C. Wilton (1988), Models of consumer satisfaction formation: An extension, *Journal of Marketing Research* 25, 204-212.
- Ware, J.E. e M.K. Snyder (1975), Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services, *Medical care*. 13, 669.
- Williams, S.J. e M. Calnan (1991), Convergence and Divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting, *Social Science Medical* 33(6), 707-16.
- Williams, S.J. (1994), Patient satisfaction: a valid concept?, *Social Science Medical* 38 (4), 509-16.
- Weinberg, D.B., J.H. Gittel, R.W. Lusenhop, C.M. Kautz e J. Wright (2006), Beyond our walls: impact of patient and provider coordination across the continuum on outcomes for surgical patients, *Health Research and Educational Trust* DOI: 10.1111/j.1475-6773.

Westbrook, R., R. Oliver (1981), Developing better measures of consumer satisfaction: some preliminary result, *Adv Consumer Res.* 8, 94.

Venkatapparao, M. e P. Gopalakrishna (1995), Mediators vs moderators of patient satisfaction, *Journal of Health Care Mark* 15, 16-21.

Zeithaml, V.A. (1988), Consumer perceptions of price, quality. And value: A means-end model and synthesis of evidence, *Journal of Marketing* 52, 2-22.

Dantas, EB. (2001), *A Satisfação do cliente: um confronto entre a teoria, o discurso e a prática*. Dissertação, Florianópolis (SC), Universidade Federal de Santa Catarina.

Miguel, S.S.A. (2008), *Clima de serviço, identificação organizacional e profissional como antecedentes do desempenho profissional e dos comportamentos de ligação ao cliente*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE.

Nunes, F.G.S. (2004), *Organizações do terceiro sector: em busca de uma identidade*. Tese de doutoramento em Gestão, Especialidade de Organização e Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE.

Rodrigues, M.P.A.B. (2008), *Antecedentes e consequências da identificação organizacional e da identificação profissional: uma aplicação à casa de saúde da Idanha*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE.

Santos, D.M.N. (2008), *A influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito*. Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE.

Raposo, M.L., M.H. Alves e P.A. Duarte (2009), Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient's satisfaction index, *Business and Economics Department, Original paper*, University of Beira Interior 3, 85-100.

Nunes, F. (1994), As organizações de Serviços de Saúde – alguns elementos distintivos, *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV, 5-28.

Pisco, L. (2001a), Qualidade na prestação dos cuidados de saúde: A qualidade na saúde, *Revista Portuguesa da ordem dos enfermeiros*, 3, 7.

Pisco, L. (2001b) Qualidade na prestação dos cuidados de saúde: Qualidade em Saúde, *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde* 5, IQS 7.

JCAHO to look closely at patient handoffs: communication lapses will be key focus. Dec, (2005) <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de Autorização à Administração da Clínica Europa

Ao Conselho de Administração da Clínica Europa

Exmos Senhores

Ana Isabel Ventura Henriques Gomes Ribeiro da Cruz, enfermeira responsável do serviço de Bloco Operatório, a frequentar o Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, no âmbito do trabalho de investigação para a sua tese de mestrado sobre o tema “A Coordenação Relacional numa Unidade de Saúde Privada como determinante da Qualidade Percebida Satisfação e Lealdade do Cliente”, vem por este meio solicitar o consentimento autorizado para a recolha, o tratamento de dados e posterior divulgação dos resultados.

Segue em anexo o projecto da dissertação, para tomada de conhecimento do conteúdo do tema, objectivo da investigação, breve fundamentação teórica, metodologia bem como o exemplar do questionário a aplicar.

Sem outro assunto, grata pela vossa atenção

Pede deferimento

Carcavelos, 26 de Novembro de 2009

(Ana Isabel Ventura Gomes Ribeiro da Cruz)

ANEXO II - Comunicação Interna aos Enfermeiros do Internamento

Para: Senhores Enfermeiros do Serviço de Internamento

Cc: Sr^a Enfermeira Chefe Fátima Araújo

Estimados Colegas

Estando eu a iniciar a minha tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), sobre o tema - A Coordenação Relaciona entre os Profissionais de numa Unidade de Saúde Privada - venho por este meio pedir a vossa colaboração para a colheita de dados, que decorrerá da aplicação de um questionário a doentes submetidos a cirurgia, no momento da alta.

Pretende-se aplicar um total de 200 questionários, pelo que solicito a vossa colaboração e disponibilidade na abordagem ao cliente, entrega e recolha do questionário e esclarecimento de alguma dúvida. Face à limitação de tempo, é fundamental conseguir que o máximo de clientes operados responda ao questionário.

Só com a vossa preciosa colaboração é possível este “*record*”.

É importante explicar ao cliente que o questionário é anónimo e que a sua opinião é da maior importância para a realização deste trabalho científico. Este estudo visa perceber o que melhor contribui para a satisfação dos nossos clientes e de como podemos trabalhar para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Solicito que na impossibilidade de abordarem o cliente antes da alta, me contactem a mim ou à enfermeira responsável presente no bloco, para que uma de nós o possa fazer.

Grata pela vossa atenção

(Isabel Ventura Gomes)

Carcavelos, 2 Dezembro de 2009

ANEXO III – Modelo do Questionário Aplicado

Questionário

O presente questionário insere-se numa Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa. Tem como objectivo saber se existe “Coordenação Relacional” entre os profissionais desta unidade de saúde e se este atributo contribui para a satisfação dos nossos clientes. A Coordenação Relacional é um tipo de relacionamento e comunicação entre os profissionais que está descrito como sendo favorável à coordenação dos métodos de trabalho e à performance da instituição.

O preenchimento do questionário é muito importante para a concretização do estudo pelo que se pede que responda na sua totalidade. Ao percebermos o que melhor contribui para a satisfação dos nossos clientes, os profissionais desta instituição poderão no futuro próximo melhorar o atendimento e a prestação dos cuidados de saúde.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e de forma anónima pelo que não deverá escrever o seu nome ou outro dado identificativo.

Em caso de dúvida agradeço que consulte o enfermeiro de apoio.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Para o tratamento estatístico dos dados são necessárias algumas informações pessoais adicionais. Lembro mais uma vez que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o identifica. Procure ser o mais exacto possível.

Muito obrigada!

1 Assinale a resposta correcta em cada um dos dez pontos seguintes. Para isso, basta colocar uma cruz no quadrado correspondente e no 1.2 apenas a idade.

1.1 **Sexo:** Masculino Feminino

1.2 **Idade:** ____ Anos

1.3 **Habilitações académicas:** Ensino básico Ensino secundário
Bacharelato Licenciatura Outro

1.4 **Foi a primeira vez que utilizou os serviços da Clínica Europa:** Sim Não

1.5 **Escolheu esta Clínica porque:** Está perto de casa Já conhecia
Foi-lhe recomendada Outra

1.6 **A sua recuperação logo após a cirurgia foi:**

(Assinale com um círculo à volta do valor que melhor corresponde à sua opinião)

Praticamente sem Dor	Pouco Dolorosa	Medianamente Dolorosa	Consideravelmente Dolorosa	Muito Dolorosa
1	2	3	4	5

1.7 **Qual o número de noites que passou na Clínica:**

(Assinale com um círculo à volta da opção correcta)

0 ————— 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Noites **Noites**

De seguida vai encontrar um conjunto de afirmações que representam possíveis opiniões dos clientes em relação a esta organização de saúde. Por isso, não existem respostas certas ou erradas. Qualquer resposta é válida se representar o que cada pessoa sente em relação à organização que escolheu.

2 → Esta secção pretende avaliar se a expectativa que criou em relação à Clínica Europa corresponde ao que encontrou. Para um correcto preenchimento das próximas oito questões, utilize a escala de sete itens que se segue. Em cada questão coloque um círculo ○ à volta do número correspondente ao item que melhor traduz a sua opinião.

1. **Muito abaixo do que esperava**
2. **Significativamente abaixo do que esperava**
3. **Ligeiramente abaixo do que esperava**
4. **De acordo com o que esperava**
5. **Ligeiramente acima do que esperava**
6. **Significativamente acima do que esperava**
7. **Muito acima do que esperava**

2.1 Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:

Muito abaixo do que esperava	Significa- tivamente abaixo do que esperava	Ligeira- mente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeira- mente acima do que esperava	Significa- tivamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.2 Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:

Muito abaixo do que esperava	Significativamente abaixo do que esperava	Ligeiramente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeiramente acima do que esperava	Significativamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.3 Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:

Muito abaixo do que esperava	Significativamente abaixo do que esperava	Ligeiramente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeiramente acima do que esperava	Significativamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.4 Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:

Muito abaixo do que esperava	Significativamente abaixo do que esperava	Ligeiramente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeiramente acima do que esperava	Significativamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.5 Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:

Muito abaixo do que esperava	Significa- tivamente abaixo do que esperava	Ligeira- mente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeira- mente acima do que esperava	Significa- tivamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

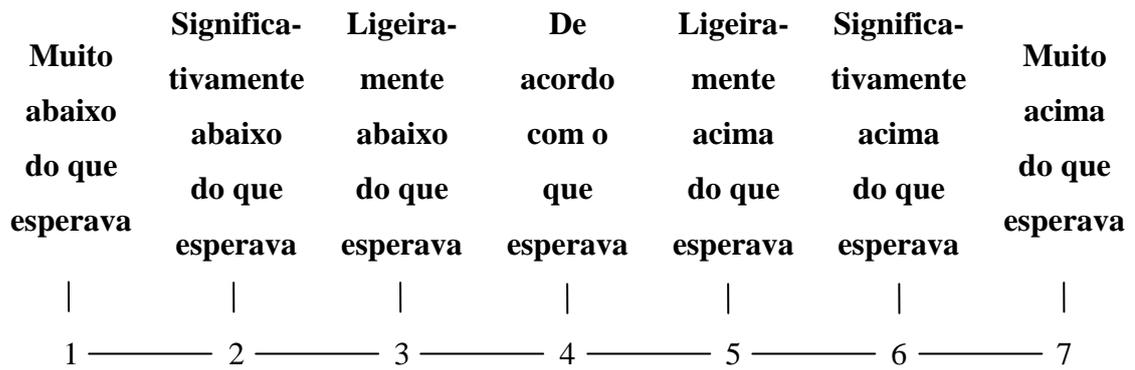
2.6 Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do internamento:

Muito abaixo do que esperava	Significa- tivamente abaixo do que esperava	Ligeira- mente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeira- mente acima do que esperava	Significa- tivamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.7 Classificaria as refeições que lhe foram servidas:

Muito abaixo do que esperava	Significa- tivamente abaixo do que esperava	Ligeira- mente abaixo do que esperava	De acordo com o que esperava	Ligeira- mente acima do que esperava	Significa- tivamente acima do que esperava	Muito acima do que esperava
1	2	3	4	5	6	7

2.8 Classificaria o quarto onde esteve internado (a):



3 → Esta secção pretende perceber como avalia a qualidade do serviço prestado pelos profissionais da Clínica Europa. Para um correcto preenchimento das dez questões que se seguem, deverá assinalar com um círculo um dos valores da escala de 1 a 10 que melhor classifica a sua opinião em relação aos conceitos opostos apresentados.

**3.1 Os equipamentos da
Clínica Europa têm uma
aparência gasta e
desactualizada**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os equipamentos da Clínica
Europa têm uma aparência
moderna e actualizada**



**3.2 A Clínica Europa tem
umas instalações físicas
banais e antiquadas**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**A Clínica Europa tem umas
instalações físicas
visualmente atractivas**



**3.3 A Clínica Europa é
uma unidade de saúde nada
fiável**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**A Clínica Europa é uma
unidade de saúde
absolutamente fiável**



**3.4 Os profissionais da
Clínica Europa não são
nada competentes**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa são muito
competentes**



**3.5 Os profissionais da
Clínica Europa não dão
nenhuma resposta às
necessidades dos clientes**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa dão muito boa
resposta às necessidades dos
clientes**



**3.6 Os profissionais da
Clínica Europa não parecem
nada credíveis**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa parecem muito
credíveis**



**3.7 Os profissionais da
Clínica Europa são muito
difíceis de contactar**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa são muito fáceis de
contactar**



**3.8 Os profissionais da
Clínica Europa não têm
nenhuma cortesia para com
os clientes**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa têm muita cortesia
para com os clientes**



**3.9 Os profissionais da
Clínica Europa não
entendem nada as
necessidades dos clientes**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

**Os profissionais da Clínica
Europa entendem
perfeitamente as
necessidades dos clientes**



**3.10 Os profissionais da
Clínica Europa comunicam
muito mal com os clientes**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

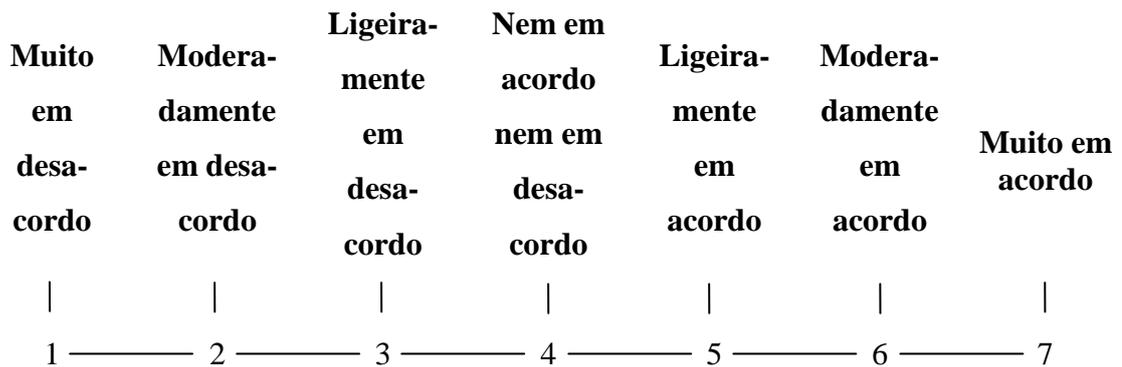
**Os profissionais da Clínica
Europa comunicam muito
bem com os clientes**



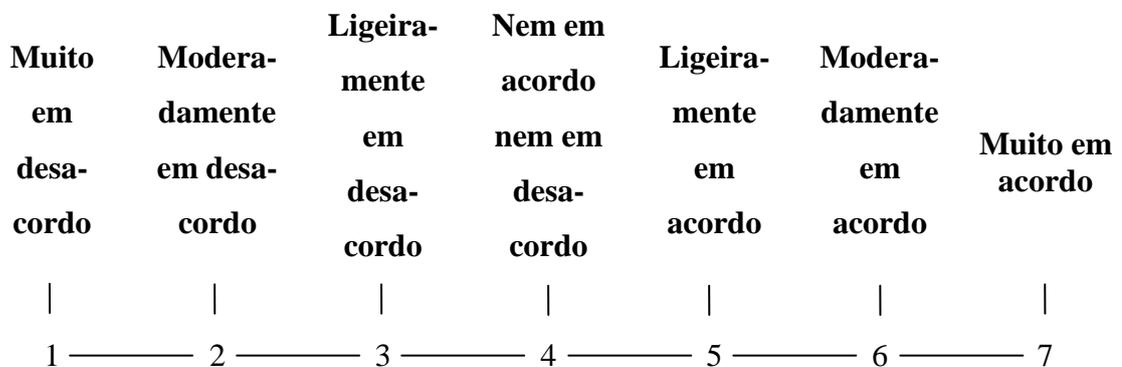
4 Esta secção procura analisar o seu grau de satisfação para com a Clínica Europa. Para um correcto preenchimento das três próximas questões, utilize a escala que se segue colocando um círculo ○ à volta de uma das sete alternativas que melhor traduz a sua opinião em relação aos conceitos opostos apresentados.

- 1. Muito em desacordo**
- 2. Moderadamente em desacordo**
- 3. Ligeiramente em desacordo**
- 4. Nem em desacordo nem em acordo**
- 5. Ligeiramente em acordo**
- 6. Moderadamente em acordo**
- 7. Muito em acordo**

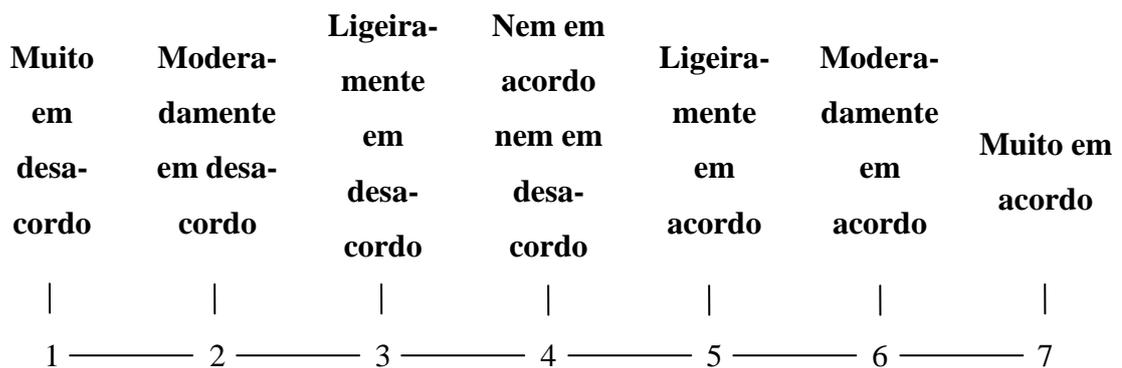
4.1 Estou contente pela minha decisão de utilizar os serviços da Clínica Europa:



4.2 Acredito que fiz a melhor opção quando escolhi a Clínica Europa:



4.3 De um modo geral sinto-me satisfeito por ter utilizado os serviços da Clínica Europa:



5 A seguinte questão avalia a forma como pensa e acredita ter influenciado o seu percurso na Clínica Europa desde a sua admissão até à alta, ou se pelo contrário, o seu percurso dependeu única e exclusivamente das outras pessoas. Para um correcto preenchimento deverá colocar um círculo ○ à volta de um dos valores da escala de 1 a 7 que melhor classifica a sua opinião em relação aos conceitos opostos apresentados.

5.1 Como é que eu influenciei os cuidados que recebi na Clínica Europa?

**Os cuidados que
recebi na Clínica
Europa foram
totalmente
controlados por mim**



1 ——— 2 ——— 3 ——— 4 ——— 5 ——— 6 ——— 7

**Os cuidados que
recebi foram
totalmente
controlados pelas
outras pessoas**



6 A próxima questão avalia o seu comportamento futuro relativamente à Clínica Europa. Para um correcto preenchimento deverá em cada uma das três respostas assinalar com um círculo ○ um dos valores da escala de 1 a 7 que melhor classifica a sua opinião em relação aos conceitos opostos apresentados.

6.1 Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo dos serviços de saúde.

**Altamente
improvável**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

Impossível



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

**De certeza
que não**



1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

**Altamente
provável**



Possível



**De certeza
que sim**



7) Para que a cirurgia tenha corrido bem e no final possa ficar agradado com o atendimento e os cuidados que recebeu, é necessária uma boa coordenação do trabalho dos profissionais. Esta secção avalia em que medida considera que os diferentes profissionais da Clínica Europa (administrativos, assistentes, enfermeiros, médicos) coordenam bem o seu trabalho, mantendo uma boa comunicação entre eles e uma relação de respeito mútuo, partilha de conhecimentos e objectivos (estão ali para o mesmo fim). Para responder a cada uma das 7 questões, deverá colocar uma cruz numa das cinco opções que melhor corresponda à sua opinião.

Considerando a sua experiência de internamento (desde a admissão até à alta), em que medida poderá dizer que para lhe ser prestado um bom atendimento e cuidados de saúde:

7.1 Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles relativamente a questões relacionadas com a sua intervenção:

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

7.2 Os profissionais da Clínica Europa comunicam entre eles de forma oportuna relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Permanentemente

7.3 Os profissionais da Clínica Europa comunicam entre eles de forma fiável, cuidadosa e precisa relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

7.4 Em momentos mais problemáticos ou inesperados os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de resolver rapidamente o problema:

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

7.5 Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de darem a conhecer o que sabiam sobre si como doente, a sua situação e os cuidados de que necessitou:

Nada Pouco Algumas vezes Muitas vezes Todas as vezes

7.6 Os diferentes grupos profissionais da Clínica Europa respeitam mutuamente o trabalho dos diferentes grupos e a função uns dos outros:

De modo Um pouco Com alguma Muitas vezes Completamente
nenhum frequência

7.7 Os profissionais da Clínica Europa partilham as metas e objectivos, estando ali para resolverem os mesmos problemas e da melhor forma possível:

De modo Um pouco Com alguma Muitas vezes Completamente
nenhum frequência

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO IV – Tabelas Estatísticas da Caracterização da Amostra

Caracterização da Amostra

Tabelas estatísticas

Sexo:

	Frequência	Percentagem
Masculino	75	37,5
Feminino	125	62,5
Total	200	100,0

Idade:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1.2. Idade:	200	45,0	15,7	35%	13	83

Habilitações académicas:

	Frequência	Percentagem
Ensino básico	23	11,5
Ensino secundário	74	37,0
Bacharelato	32	16,0
Licenciatura	64	32,0
Outro	7	3,5
Total	200	100,0

Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:

	Frequência	Percentagem
Não	67	34,2
Sim	129	65,8
Total	196	100,0

Já tinha tido contacto com a Clínica Europa:

	Frequência	Percentagem
Não	111	55,5
Sim	89	44,5
Total	200	100,0

Escolheu esta clínica porque:

	Não assinalado		Assinalado	
	N	%	N	%
1.5.1. Está perto de casa	174	87,0%	26	13,0%
1.5.2. Já conhecia	163	81,5%	37	18,5%
1.5.3. Foi-lhe recomendada	107	53,5%	93	46,5%
1.5.4. Outra	154	77,4%	45	22,6%

A sua recuperação logo após a cirurgia foi:

	Frequência	Percentagem
Praticamente sem Dor	74	37,0
Pouco Dolorosa	73	36,5
Medianamente Dolorosa	43	21,5
Consideravelmente Dolorosa	8	4,0
Muito Dolorosa	2	1,0
Total	200	100,0

Qual o número de noites que passou na clínica:

	Frequência	Percentagem
0 Noites	29	14,5
1 Noites	127	63,5
2 Noites	34	17,0
3 Noites	9	4,5
4 Noites	1	,5
Total	200	100,0

ANEXO V – Tabelas Estatísticas da Frequência de Resposta

Tabela de Frequências de Resposta

Para este quadro e para os restantes análogos, quando a soma das frequências observadas é inferior à dimensão do grupo, significa que existem *missing values*, que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas.

A Desconfirmação das Expectativas

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1. Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	1	,5%					55	27,5%	35	17,5%	58	29,0%	51	25,5%
2.2. Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:							49	24,6%	30	15,1%	72	36,2%	48	24,1%
2.3. Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:					1	,5%	17	8,5%	22	11,0%	78	39,0%	82	41,0%
2.4. Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:					1	,5%	20	10,1%	23	11,6%	69	34,7%	86	43,2%
2.5. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:							19	9,5%	19	9,5%	81	40,5%	81	40,5%
2.6. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Internamento:							17	8,5%	23	11,5%	80	40,0%	80	40,0%
2.7. Classificaria as refeições que lhe foram servidas:	1	,5%			2	1,0%	53	27,2%	31	15,9%	62	31,8%	46	23,6%
2.8. Classificaria o quarto onde esteve internado(a):					1	,5%	26	13,3%	45	23,0%	66	33,7%	58	29,6%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Muito abaixo do que esperava; 2- Significativamente abaixo do que esperava; 3- Ligeiramente abaixo das expectativas; 4- De acordo com o que esperava; 5- Ligeiramente acima do que esperava; 6- Significativamente acima do que esperava; 7- Muito acima do que esperava.

A Coordenação Relacional

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7.1. Com que frequência os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles relativamente a questões relacionadas com a sua intervenção:	1	,5%	3	1,5%	15	7,5%	70	35,0%	111	55,5%
7.2. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma oportuna relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	1	,5%	2	1,0%	16	8,0%	89	44,5%	92	46,0%
7.3. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma fiável, cuidadosa e precisa relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	1	,5%	1	,5%	11	5,5%	75	37,5%	112	56,0%
7.4. Em momentos mais problemáticos ou inesperados os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de resolver rapidamente o problema:	1	,5%	1	,5%	6	3,0%	83	41,9%	107	54,0%
7.5. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de darem a conhecer o que sabiam sobre si como doente, a sua situação e os cuidados de que necessitou:	1	,5%			15	7,5%	69	34,7%	114	57,3%
7.6. Os diferentes grupos profissionais da Clínica Europa respeitaram mutuamente o trabalho dos diferentes grupos e a função uns dos outros:					9	4,5%	42	21,0%	149	74,5%
7.7. Os profissionais da Clínica Europa partilham as mesmas metas e objectivos, estando ali para resolverem os mesmos problemas e da melhor forma possível:			1	,5%	5	2,5%	37	18,7%	155	78,3%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

7.1 a 7.4: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Ocasionalmente; 4- Frequentemente; 5- Sempre.

7.5: 1- Nada; 2- Pouco; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Todas as vezes.

7.6 e 7.7: 1- De modo nenhum; 2- Um pouco; 3- Com alguma frequência; 4- Muitas vezes; 5- Completamente.

A Qualidade Percebida

Tabela de frequências de respostas

	4		5		6		7		8		9		10	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.1. Os equipamentos da Clínica Europa têm uma aparência gasta e desactualizada/ moderna e actualizada			11	5,5%	14	7,0%	20	10,0%	48	24,0%	70	35,0%	37	18,5%
3.2. A Clínica Europa tem umas instalações físicas banais e antiquadas/ visualmente atractivas	1	,5%	8	4,0%	9	4,5%	10	5,1%	35	17,7%	86	43,4%	49	24,7%
3.3. A Clínica Europa é uma unidade de saúde nada fiável/ absolutamente fiável			3	1,5%	4	2,0%	7	3,5%	51	25,5%	78	39,0%	57	28,5%
3.4. Os profissionais da Clínica Europa não são nada competentes/ são muito competentes			2	1,0%	4	2,0%	6	3,0%	31	15,5%	90	45,0%	67	33,5%
3.5. Os profissionais da Clínica Europa não dão nenhuma resposta às necessidades dos clientes/ dão muito boa resposta às necessidades dos clientes					8	4,0%	5	2,5%	34	17,0%	77	38,5%	76	38,0%
3.6. Os profissionais da Clínica Europa não parecem nada credíveis/ parecem muito credíveis			2	1,0%	3	1,5%	4	2,0%	33	16,6%	78	39,2%	79	39,7%
3.7. Os profissionais da Clínica Europa são difíceis de contactar/ fáceis de contactar			1	,5%	2	1,0%	4	2,0%	27	13,5%	78	39,0%	88	44,0%
3.8. Os profissionais da Clínica Europa não têm nenhuma cortesia para com os clientes/ têm muita cortesia para com os clientes					1	,5%	5	2,5%	20	10,0%	82	41,0%	92	46,0%
3.9. Os profissionais da Clínica Europa não entendem as necessidades dos clientes/ entendem as necessidades dos clientes					2	1,0%	2	1,0%	25	12,5%	90	45,0%	81	40,5%
3.10. Os profissionais da Clínica Europa comunicam muito mal com os clientes/ muito bem com os clientes					1	,5%	5	2,5%	23	11,5%	82	41,0%	89	44,5%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de diferencial semântico utilizada para cada item.

O Auto Controlo da Situação Percebida

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5. Como é que eu influenciei os cuidados que recebi na Clínica Europa?	2	1,0%	2	1,0%	2	1,0%	21	10,6%	53	26,6%	58	29,1%	61	30,7%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- foram totalmente controlados por mim; ...; 7- foram totalmente controlados pelas outras pessoas.

A Satisfação

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4.1. Estou feliz pela minha decisão de utilizar os serviços da Clínica Europa:							3	1,5%	1	,5%	50	25,0%	146	73,0%
4.2. Acredito que fiz a melhor opção quando escolhi a Clínica Europa:							4	2,0%	2	1,0%	54	27,0%	140	70,0%
4.3 De um modo geral sinto-me satisfeito por ter utilizado os serviços da Clínica Europa:											41	20,5%	159	79,5%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Muito em desacordo; 2- Moderadamente em desacordo; 3- Um pouco em desacordo; 4- Nem em desacordo nem em acordo; 5- Um pouco em acordo; 6- Moderadamente em acordo; 7- Muito em acordo.

As Intenções Comportamentais

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6.1.1. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.							3	1,5%	6	3,0%	65	32,8%	124	62,6%
6.1.2. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.							2	1,0%	5	2,6%	60	31,3%	125	65,1%
6.1.3. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.							5	2,6%	11	5,7%	61	31,6%	116	60,1%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

4.1: 1- Altamente improvável; ...; 7- Altamente provável.

4.2: 1- Impossível; ...; 7- Possível.

4.3: 1- De certeza que não; ...; 7- De certeza que sim.

ANEXO VI – Tabelas Estatísticas da Consistência Interna das Escalas Utilizadas

Tabelas Estatísticas da Consistência Interna

Apresentação das tabelas de consistência interna das escalas utilizadas e testes adicionais. Indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem a contribuir para que o valor do Alfa seja mais elevado:

Desconfirmação das Expectativas

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
1. <i>Dimensão Focal</i>	2.1. Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:
	2.2. Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:
	2.3. Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:
	2.4. Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:
	2.5. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:
	2.6. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Internamento:
2. <i>Dimensão Contextual</i>	2.7. Classificaria as refeições que lhe foram servidas:
	2.8. Classificaria o quarto onde esteve internado(a):

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,930	8

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2.1. Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	,774	,920
2.2. Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	,798	,918
2.3. Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	,835	,916
2.4. Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	,853	,914
2.5. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:	,797	,919
2.6. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Internamento:	,803	,918
2.7. Classificaria as refeições que lhe foram servidas:	,681	,929
2.8. Classificaria o quarto onde esteve internado(a):	,593	,933

Dimensão Focal

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,938	6

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2.1. Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	,776	,934
2.2. Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	,789	,931
2.3. Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	,865	,921
2.4. Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	,887	,918
2.5. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:	,800	,929
2.6. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Internamento:	,811	,928

Dimensão Contextual

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,674	2

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2.7. Classificaria as refeições que lhe foram servidas:	,514	.(a)
2.8. Classificaria o quarto onde esteve internado(a):	,514	.(a)

(a) a escala apenas tem 2 itens

Coordenação Relacional

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,880	7

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
7.1. Com que frequência os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles relativamente a questões relacionadas com a sua intervenção:	,650	,865
7.2. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma oportuna relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	,723	,854
7.3. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma fiável, cuidadosa e precisa relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	,799	,844
7.4. Em momentos mais problemáticos ou inesperados os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de resolver rapidamente o problema:	,673	,861
7.5. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de darem a conhecer o que sabiam sobre si como doente, a sua situação e os cuidados de que necessitou:	,670	,862
7.6. Os diferentes grupos profissionais da Clínica Europa respeitaram mutuamente o trabalho dos diferentes grupos e a função uns dos outros:	,565	,874
7.7. Os profissionais da Clínica Europa partilham as mesmas metas e objectivos, estando ali para resolverem os mesmos problemas e da melhor forma possível:	,586	,872

Qualidade Percebida

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
1. Tangibilidade	3.1. Os equipamentos da Clínica Europa têm uma aparência gasta e desactualizada/ moderna e actualizada 3.2. A Clínica Europa tem umas instalações físicas banais e antiquadas/ visualmente atractivas
2. Fiabilidade	3.3. A Clínica Europa é uma unidade de saúde nada fiável/ absolutamente fiável 3.4. Os profissionais da Clínica Europa não são nada competentes/ são muito competentes
3. Capacidade de resposta	3.5. Os profissionais da Clínica Europa não dão nenhuma resposta às necessidades dos clientes/ dão muito boa resposta às necessidades dos clientes 3.6. Os profissionais da Clínica Europa não parecem nada credíveis/ parecem muito credíveis
4. Segurança	3.7. Os profissionais da Clínica Europa são difíceis de contactar/ fáceis de contactar 3.8. Os profissionais da Clínica Europa não têm nenhuma cortesia para com os clientes/ têm muita cortesia para com os clientes
5. Empatia	3.9. Os profissionais da Clínica Europa não entendem as necessidades dos clientes/ entendem as necessidades dos clientes 3.10. Os profissionais da Clínica Europa comunicam muito mal com os clientes/ muito bem com os clientes

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,936	10

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
3.1. Os equipamentos da Clínica Europa têm uma aparência gasta e desactualizada/ moderna e actualizada	,686	,936
3.2. A Clínica Europa tem umas instalações físicas banais e antiquadas/ visualmente atractivas	,694	,935
3.3. A Clínica Europa é uma unidade de saúde nada fiável/ absolutamente fiável	,781	,927
3.4. Os profissionais da Clínica Europa não são nada competentes/ são muito competentes	,822	,926
3.5. Os profissionais da Clínica Europa não dão nenhuma resposta às necessidades dos clientes/ dão muito boa resposta às necessidades dos clientes	,824	,925
3.6. Os profissionais da Clínica Europa não parecem nada credíveis/ parecem muito credíveis	,830	,925
3.7. Os profissionais da Clínica Europa são difíceis de contactar/ fáceis de contactar	,655	,934
3.8. Os profissionais da Clínica Europa não têm nenhuma cortesia para com os clientes/ têm muita cortesia para com os clientes	,783	,929
3.9. Os profissionais da Clínica Europa não entendem as necessidades dos clientes/ entendem as necessidades dos clientes	,823	,927
3.10. Os profissionais da Clínica Europa comunicam muito mal com os clientes/ muito bem com os clientes	,750	,930

DIMENSÕES	Alfa de Cronbach	N de Itens
1. Tangibilidade	0,874	2
2. Fiabilidade	0,885	2
3. Capacidade de resposta	0,889	2
4. Segurança	0,831	2
5. Empatia	0,906	2

Auto Controlo da Situação Percebida

Este conceito é medido por uma única variável

Satisfação

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,817	3

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
4.1. Estou feliz pela minha decisão de utilizar os serviços da Clínica Europa:	,789	,617
4.2. Acredito que fiz a melhor opção quando escolhi a Clínica Europa:	,657	,782
4.3. De um modo geral sinto-me satisfeito por ter utilizado os serviços da Clínica Europa:	,626	,814

Intenções Comportamentais

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,902	3

Testes adicionais:

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
6.1.1. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde: Altamente Improvável / Altamente provável	,827	,843
6.1.2. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde: Impossível / Possível	,817	,857
6.1.3. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde: De certeza que não / De certeza que sim	,791	,883

ANEXO VII – Tabelas Estatísticas das Médias, Desvio Padrão, Coeficiente de
Variação, Mínimos e Máximos Observados por Questão

Tabelas Estatísticas das Médias, Desvio Padrão, Coeficiente de Variação, Mínimos e Máximos observados por questão.

A Desconfirmação das Expectativas

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
2.1. Classificaria a cortesia do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	200	5,51	1,19	22%	1	7
2.2. Classificaria a eficiência do pessoal administrativo responsável pela sua admissão na Clínica Europa:	199	5,60	1,11	20%	4	7
2.3. Classificaria a cortesia do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	200	6,12	0,95	15%	3	7
2.4. Classificaria a eficiência do pessoal de enfermagem responsável pela sua alta da Clínica Europa:	199	6,10	0,99	16%	3	7
2.5. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Bloco Operatório:	200	6,12	0,93	15%	4	7
2.6. Classificaria o desempenho técnico na prestação de cuidados do pessoal de enfermagem do Internamento:	200	6,12	0,92	15%	4	7
2.7. Classificaria as refeições que lhe foram servidas:	195	5,48	1,20	22%	1	7
2.8. Classificaria o quarto onde esteve internado(a):	196	5,79	1,03	18%	3	7

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1-Muito abaixo do que esperava; 2- Significativamente abaixo do que esperava; 3- Ligeiramente abaixo das expectativas; 4- De acordo com o que esperava; 5- Ligeiramente acima do que esperava; 6- Significativamente acima do que esperava; 7- Muito acima do que esperava.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, sendo sempre bastante superiores ao ponto intermédio da escala de medida. Os itens 2.3, 2.4, 2.5 e 2.6 estão, em média, acima de “6- Significativamente acima do que esperava”, ficando os valores médios dos restantes itens entre “5- Ligeiramente acima do que esperava” e “6- Significativamente acima do que esperava”.

A Coordenação Relacional

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
7.1. Com que frequência os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles relativamente a questões relacionadas com a sua intervenção:	200	4,44	0,74	17%	1	5
7.2. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma oportuna relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	200	4,35	0,71	16%	1	5
7.3. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles de forma fiável, cuidadosa e precisa relativamente ao seu problema e aos cuidados de saúde de que necessitou:	200	4,48	0,67	15%	1	5
7.4. Em momentos mais problemáticos ou inesperados os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de resolver rapidamente o problema:	198	4,48	0,64	14%	1	5
7.5. Os profissionais da Clínica Europa comunicaram entre eles no sentido de darem a conhecer o que sabiam sobre si como doente, a sua situação e os cuidados de que necessitou:	199	4,48	0,68	15%	1	5
7.6. Os diferentes grupos profissionais da Clínica Europa respeitaram mutuamente o trabalho dos diferentes grupos e a função uns dos outros:	200	4,70	0,55	12%	3	5
7.7. Os profissionais da Clínica Europa partilham as mesmas metas e objectivos, estando ali para resolverem os mesmos problemas e da melhor forma possível:	198	4,75	0,52	11%	2	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

7.1 a 7.4: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Ocasionalmente; 4- Frequentemente; 5- Sempre.

7.5: 1- Nada; 2- Pouco; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Todas as vezes.

7.6 e 7.7: 1- De modo nenhum; 2- Um pouco; 3- Com alguma frequência; 4- Muitas vezes; 5- Completamente.

Estando os valores médios observados sempre próximo dos valores máximos das escalas de medida, todos os itens estão, em média, entre as duas categorias superiores, ainda assim superiores para os itens 7.6. e 7.7., inferiores para o item 7.2. e intermédios e bastante próximos para os restantes itens. Os clientes manifestam que são sensíveis à existência de coordenação relacional entre os profissionais, em particular ao respeito mútuo e à partilha de metas e objectivos. A frequência e o sentido oportuno da comunicação, apesar de valores médios positivos ($M = 4.44$ e $M = 4.35$ respectivamente) revela ser a característica da C.R. mais ausente na percepção do cliente.

A Qualidade Percebida

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
3.1. Os equipamentos da Clínica Europa têm uma aparência gasta e desactualizada/ moderna e actualizada	200	8,32	1,37	16%	5	10
3.2. A Clínica Europa tem umas instalações físicas banais e antiquadas/ visualmente atractivas	198	8,65	1,30	15%	4	10
3.3. A Clínica Europa é uma unidade de saúde nada fiável/ absolutamente fiável	200	8,84	1,04	12%	5	10
3.4. Os profissionais da Clínica Europa não são nada competentes/ são muito competentes	200	9,02	0,98	11%	5	10
3.5. Os profissionais da Clínica Europa não dão nenhuma resposta às necessidades dos clientes/ dão muito boa resposta às necessidades dos clientes	200	9,04	1,01	11%	6	10
3.6. Os profissionais da Clínica Europa não parecem nada credíveis/ parecem muito credíveis	199	9,11	0,97	11%	5	10
3.7. Os profissionais da Clínica Europa são difíceis de contactar/ fáceis de contactar	200	9,22	0,88	10%	5	10
3.8. Os profissionais da Clínica Europa não têm nenhuma cortesia para com os clientes/ têm muita cortesia para com os clientes	200	9,30	0,79	8%	6	10
3.9. Os profissionais da Clínica Europa não entendem as necessidades dos clientes/ entendem as necessidades dos clientes	200	9,23	0,78	8%	6	10
3.10. Os profissionais da Clínica Europa comunicam muito mal com os clientes/ muito bem com os clientes	200	9,27	0,80	9%	6	10

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de diferencial semântico utilizada para cada item.

Os valores médios observados apresentam-se sempre próximo dos valores máximos das escalas de medida. Os itens 3.5 a 3.10 estão, em média, acima da penúltima categoria, ficando os valores médios dos restantes itens abaixo da penúltima categoria da escala de medida. Com valores bastantes positivos e médias consideravelmente altas, os resultados revelam que os clientes consideram que esta unidade de saúde tem claramente presente as dimensões da qualidade, consideradas por este instrumento de medida. Distinguem-se, ainda que discretamente das restantes dimensões, a cortesia, a comunicação e o entendimento dos profissionais para com os clientes com valores médios altos de respectivamente ($M = 9.30$, $M = 9.27$ e $M = 9.2$).

O Auto Controlo da Situação Percebida

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
5. Como é que eu influenciei os cuidados que recebi na Clínica Europa?	199	5,71	1,19	21%	1	7

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- foram totalmente controlados por mim; ...; 7- foram totalmente controlados pelas outras pessoas.

Cerca de 86% das respostas figuram do lado da escala que refere a situação ter tido pouco auto-controlo da parte do cliente. O valor médio $M = 5.71$ observado está mais próximo do valor máximo da escala de medida, revelando que os clientes consideram que o desenrolar dos acontecimentos dependem fundamentalmente dos profissionais e não deles próprios.

A Satisfação

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
4.1. Estou feliz pela minha decisão de utilizar os serviços da Clínica Europa:	200	6,70	0,56	8%	4	7
4.2. Acredito que fiz a melhor opção quando escolhi a Clínica Europa:	200	6,65	0,61	9%	4	7
4.3 De um modo geral sinto-me satisfeito por ter utilizado os serviços da Clínica Europa:	200	6,80	0,40	6%	6	7

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1-Muito em desacordo; 2- Moderadamente em desacordo; 3- Um pouco em desacordo; 4- Nem em desacordo nem em acordo; 5- Um pouco em acordo; 6- Moderadamente em acordo; 7- Muito em acordo.

Os valores médios observados voltam a apresentar-se próximos do valor máximo da escala de medida. Todos os itens estão, em média, entre “6- Moderadamente em acordo” e “7- Muito em acordo” se bem que ainda mais próximos desta última categoria. Este resultado revela claramente que os clientes estão satisfeitos pela opção que fizeram ao seleccionarem esta unidade de saúde.

As Intenções Comportamentais

Estatísticas

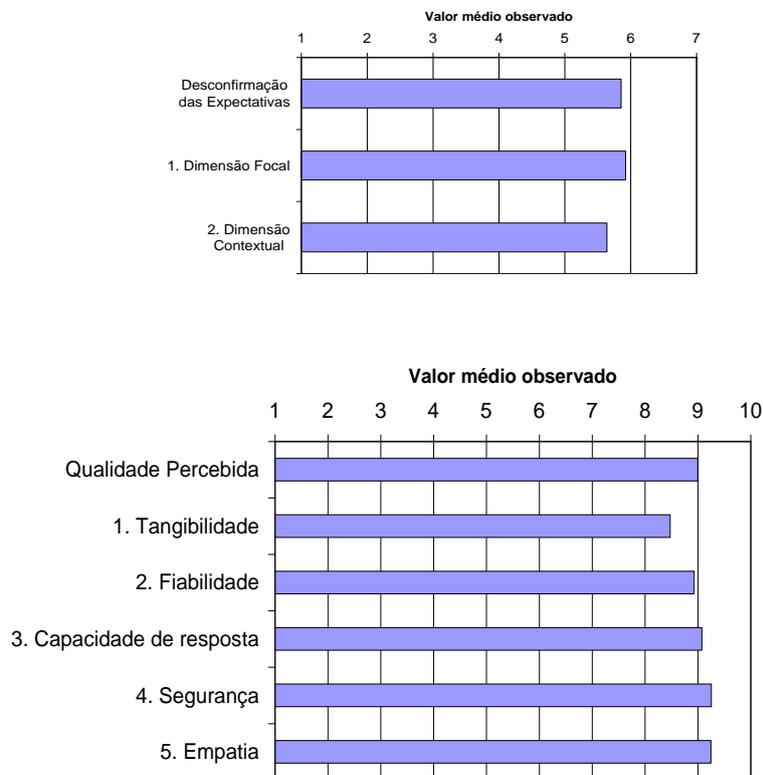
	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
6.1.1. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.	198	6,57	0,63	10%	4	7
6.1.2. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.	192	6,60	0,60	9%	4	7
6.1.3. Classifique a probabilidade de voltar a seleccionar a Clínica Europa se necessitar de novo de serviços de saúde.	193	6,49	0,72	11%	4	7

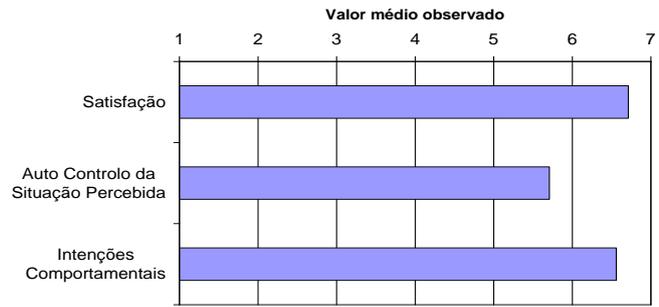
Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

- 4.1: 1- Altamente improvável; ...; 7- Altamente provável.
- 4.2: 1- Impossível; ...; 7- Possível.
- 4.3: 1- De certeza que não; ...; 7- De certeza que sim.

Os valores médios observados estão sempre próximo dos valores máximos das escalas de medida sendo que todos os itens estão, em média, entre as duas categorias superiores.

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.





ANEXO VIII – Médias, Desvios Padrão e Correlação entre Variáveis

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. Dimensão Focal	200	3	7	5,92	,893
2. Dimensão Contextual	200	3	7	5,64	,977
Qualidade Percebida	200	6	10	9,00	,803
Coordenação Relacional	200	2	5	4,53	,495
Auto Controle da Situação Percebida	199	1	7	5,71	1,192
Satisfação	200	5	7	6,71	,455
Intenções Comportamentais	200	4	7	6,56	,594
Valid N (listwise)	199				

Correlations

		1. Dimensão Focal	2. Dimensão Contextual	Qualidade Percebida	Coordenação Relacional	Auto Controle da Situação Percebida	Satisfação	Intenções Comportamentais
1. Dimensão Focal	Pearson Correlation	1	,711**	,414**	,244**	,314**	,191**	,313**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,001	,000	,007	,000
	N	200	200	200	200	199	200	200
2. Dimensão Contextual	Pearson Correlation	,711**	1	,404**	,246**	,336**	,159*	,323**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,025	,000
	N	200	200	200	200	199	200	200
Qualidade Percebida	Pearson Correlation	,414**	,404**	1	,355**	,175*	,394**	,485**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,014	,000	,000
	N	200	200	200	200	199	200	200
Coordenação Relacional	Pearson Correlation	,244**	,246**	,355**	1	,241**	,223**	,227**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000		,001	,002	,001
	N	200	200	200	200	199	200	200
Auto Controle da Situação Percebida	Pearson Correlation	,314**	,336**	,175*	,241**	1	,131	,127
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,014	,001		,066	,075
	N	199	199	199	199	199	199	199
Satisfação	Pearson Correlation	,191**	,159*	,394**	,223**	,131	1	,345**
	Sig. (2-tailed)	,007	,025	,000	,002	,066		,000
	N	200	200	200	200	199	200	200
Intenções Comportamentais	Pearson Correlation	,313**	,323**	,485**	,227**	,127	,345**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,075	,000	
	N	200	200	200	200	199	200	200

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO IX – Regressão Linear Múltipla entre Qualidade Percebida com a
Desconfirmação das Expectativas numa Dimensão Focal / Contextual e a Coordenação
Relacional

QUALIDADE PERCEBIDA

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,112 ^a	,013	-,008	,806	,013	,619	4	195	,650
2	,520 ^b	,270	,243	,698	,257	22,566	3	192	,000

- a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:
- b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Coordenação Relacional, 2. Dimensão Contextual, 1. Dimensão Focal

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,607	4	,402	,619	,650 ^a
	Residual	126,677	195	,650		
	Total	128,284	199			
2	Regression	34,630	7	4,947	10,142	,000 ^b
	Residual	93,654	192	,488		
	Total	128,284	199			

- a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:
- b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Coordenação Relacional, 2. Dimensão Contextual, 1. Dimensão Focal
- c. Dependent Variable: Qualidade Percebida

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,969	,245		36,545	,000
	1.2. Idade:	,001	,004	,010	,135	,892
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	-,174	,125	-,102	-1,390	,166
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	,031	,064	,035	,484	,629
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	,052	,082	,047	,636	,526
2	(Constant)	5,226	,542		9,641	,000
	1.2. Idade:	-,002	,003	-,036	-,552	,582
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	-,194	,108	-,114	-1,791	,075
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	,003	,056	,003	,051	,959
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	,050	,071	,045	,697	,486
	1. Dimensão Focal	,206	,080	,229	2,575	,011
	2. Dimensão Contextual	,150	,073	,183	2,069	,040
	Coordenação Relacional	,409	,104	,253	3,921	,000

a. Dependent Variable: Qualidade Percebida

ANEXO X – Regressão Linear Múltipla entre a Satisfação com a Coordenação
Relacional, a Qualidade Percebida e o Auto Controlo Situacional

SATISFAÇÃO

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,091 ^a	,008	-,012	,457	,008	,407	4	195	,803
2	,424 ^b	,180	,150	,419	,171	13,376	3	192	,000

a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:

b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Coordenação Relacional, Auto Controlo da Situação Percebida, Qualidade Percebida

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,341	4	,085	,407	,803 ^a
	Residual	40,794	195	,209		
	Total	41,135	199			
2	Regression	7,393	7	1,056	6,010	,000 ^b
	Residual	33,742	192	,176		
	Total	41,135	199			

a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:

b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a 1.2. Idade:, Coordenação Relacional, cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Coordenação Relacional, Auto Controlo da Situação Percebida, Qualidade Percebida

c. Dependent Variable: Satisfação

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	6,604	,139		47,419	,000
	1.2. Idade:	,002	,002	,074	,976	,330
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	,058	,071	,061	,825	,411
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	,006	,037	,012	,167	,867
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	-,033	,047	-,052	-,701	,484
	2	(Constant)	4,304	,397		10,844
	1.2. Idade:	,002	,002	,061	,869	,386
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	,099	,065	,103	1,521	,130
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	-,002	,034	-,004	-,065	,948
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	-,043	,043	-,069	-1,004	,317
	Coordenação Relacional	,073	,066	,079	1,099	,273
	Qualidade Percebida	,209	,040	,368	5,211	,000
	Auto Controlo da Situação Percebida	,020	,027	,052	,741	,460

a. Dependent Variable: Satisfação

ANEXO XI – Regressão Linear Múltipla entre as Intenção Comportamental e a
Satisfação

INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,146 ^a	,021	,001	,594	,021	1,065	4	195	,375
2	,383 ^b	,147	,125	,556	,126	28,574	1	194	,000

a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:

b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Satisfação

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,501	4	,375	1,065	,375 ^a
	Residual	68,718	195	,352		
	Total	70,218	199			
2	Regression	10,323	5	2,065	6,687	,000 ^b
	Residual	59,896	194	,309		
	Total	70,218	199			

a. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:

b. Predictors: (Constant), 1.7. Qual o número de noites que passou na clínica: , 1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi: , 1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:, 1.2. Idade:, Satisfação

c. Dependent Variable: Intenções Comportamentais

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	6,540	,181		36,185	,000
	1.2. Idade:	,000	,003	,008	,109	,914
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	-,134	,092	-,106	-1,460	,146
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	-,001	,047	-,001	-,020	,984
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	,085	,060	,104	1,405	,162
2	(Constant)	3,469	,599		5,793	,000
	1.2. Idade:	-,001	,003	-,018	-,257	,798
	1.4. Foi a primeira vez que utilizou os serviços da clínica:	-,161	,086	-,128	-1,872	,063
	1.6. A sua recuperação logo após a cirurgia foi:	-,004	,044	-,006	-,085	,932
	1.7. Qual o número de noites que passou na clínica:	,100	,057	,122	1,767	,079
	Satisfação	,465	,087	,356	5,345	,000

a. Dependent Variable: Intenções Comportamentais