

ET



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA E INFORMÁTICA

TRABALHO DE LICENCIATURA EM ESTATÍSTICA

TEMA:

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES
SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CASO: HOSPITAL GERAL DE MAVALANE**

AUTOR: Nelson Américo Afonso



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA E INFORMÁTICA

TRABALHO DE LICENCIATURA EM ESTATÍSTICA

TEMA:

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES
SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CASO: HOSPITAL GERAL DE MAVALANE**

AUTOR:

Nelson Américo Afonso

SUPERVISOR:

Dr. Bonifácio José

_____Maputo, Março de 2009_____

NELSON AMÉRICO AFONSO

TRABALHO DE LICENCIATURA EM ESTATÍSTICA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES
SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CASO: HOSPITAL GERAL DE MAVALANE

Trabalho apresentado ao curso de Estatística do Departamento de Matemática e informática, faculdade de Ciências da Universidade Eduardo Mondlane, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura em Estatística.

Supervisor: Dr. Bonifácio José

Maputo, Março, 2009

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro que este trabalho é resultado da minha própria investigação, e que não foi submetido para outro grau que não seja o indicado – Licenciatura em Estatística na Faculdade de Ciências da Universidade Eduardo Mondlane.

As ideias originais nele expressas são da inteira responsabilidade do autor.

Maputo, Março de 2008

O autor

Nelson Américo Afonso

(Nelson Américo Afonso)

Ao meu pai Américo Afonso,
que sempre estive ao meu lado
mesmo não estando entre nós

A minha querida mãe Lina Machava,
pelo incentivo, amor, paciência e orações
inspirando-me sempre a alcançar os meus ideais

Aos meus irmãos, Rodrigues e Zeca,
A minha querida avó Laurinda Guitofó
As minhas sobrinhas Érica e Palucha

E a toda minha família
Que a todo o momento me incentivou

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida sã e acompanhamento que me tem prestado.

Ao Professor Dr. Bonifácio José, um especial a agradecimento, pela disponibilidade mostrada para supervisionar o presente trabalho, pela paciência, e tê-lo feito com tanta sabedoria e competência, mas principalmente com humildade, generosidade e dedicação.

A Comité Nacional da Bioética para a Saúde – Comissão de avaliação de protocolos de pesquisas na área da saúde. pelo apoio incondicional, principalmente pelas dicas preciosas nos momentos mais difíceis da realização deste trabalho.

Aos responsáveis e trabalhadores do Hospital Geral de Mavalane, por terem aceite o meu pedido de realizar esta pesquisa nesta unidade sanitária, o meu muito obrigado.

A equipe de professores e funcionários do Departamento de Matemática e Informática, pela consideração.

A toda família Cumbi e Machava, especialmente ao tio Bento Afonso, pela incansável dedicação e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, especialmente ao Julião Marrengula, , Pedro Quingui, Namanene Sumaill, Jorge Matavele, Silvino, Toní e aos meus colegas, dr. Anselmo Massango, dr. Geraldo Timbi, Antonio Rungo, Jonas Mondlane e Alberto Chimene pelo apoio emocional, material e logístico.

A todos aqueles que não foram mencionados e que directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho e fizeram parte da minha historia.

O meu muito obrigado.

“ A qualidade é acima de tudo uma questão
de humildade para entender o cliente, antes de nós
podermos atendê-lo”

Mello e Camargo (1998)

RESUMO

Este trabalho demonstra conceitos e modelos relacionados com satisfação de clientes, avançando em particular para avaliação da satisfação dos utentes do Hospital Geral de Mavalane localizada na Cidade de Maputo. Para tal, foram entrevistadas 305 utentes. A colecta de dados foi realizada por meio de um questionário fechado com questões que buscam investigar a percepção dos utentes em relação a qualidade dos serviços de saúde. Para análise dos dados utilizou-se análise factorial que possibilitou obter um conjunto de factores determinantes na qualidade dos serviços de saúde. com isso, identificou-se seis factores: "*Imagem do hospital*", "*Processo para adquirir os serviços sanitários*", "*Tempo de espera*", "*Qualidade de atendimento ao utente*", "*Desempenho dos médicos*" e "*Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde*". Assim como análise de regressão múltipla que destacou factores que mais influenciam na satisfação dos utentes com a instituição. Portanto, este trabalho contribui para identificar e quantificar problemas na área de atendimento com vista a aumentar o nível de satisfação dos utentes e promover a imagem deste hospital.

Palavras-chave: Utente, Satisfação, Qualidade de serviços, Analise factorial, Regressão múltipla.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AF** — Análise Factorial
- ARM** — Análise de Regressão Múltipla
- AIDI** — Atenção Itegrada às doenças da Infancia
- HGM** — Hospital Geral de Mavalane
- K-S** — Kolmogorov- Smirnov
- OMS** — Organização mundial de Saúde
- PESS** — Plano Estratégico do Sector da Saúde
- MISAU** — Ministerio da saúde
- SERVQUAL** — Service Quality
- SAT_IH** — Satisfação com Imagem do Hospital
- SAT_PASS** — Satisfação com o Processo de adquirir os Serviços Sanitários
- SAT_QAU** — Satisfação com Qualidade de Atendimento ao Utente
- SAT_DM** — Satisfação com Desempenho dos Médicos
- SAT_TE** — Satisfação com Tempo de Espera
- SAT_GQSS** — Satisfação Geral com Qualidade dos Serviços de Saúde
- MQO** — Método dos Mínimos Quadrados
- MV** — Máxima Verosimilhança

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das Lacunas do Modelo de Qualidade de Zeithaml et al.....	21
Tabela 2: Valores de KMO para a Análise Factorial.....	34
Tabela 3: Distribuição por Idades em Classes.....	39
Tabela 4: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett.....	41
Tabela 5: Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_IH.....	42
Tabela 6: Teste de consistência Interna do Factor SAT_IH.....	42
Tabela 7: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett.....	43
Tabela 8: Matriz dos Coeficientes dos Escores dos Factores SAT_PASS e SAT_TE	45
Tabela 9: Teste de consistência Interna do Factore SAT_PASS	45
Tabela 10: Teste de consistência Interna do Factore SAT_TE.....	46
Tabela 11: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett.....	47
Tabela 12: Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_QUT.....	48
Tabela 13: Teste de consistência Interna do Factor SAT_QUT.....	48
Tabela 14: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett.....	49
Tabela 15: Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_DM.....	50
Tabela 16: Teste de consistência Interna do Factor SAT_DM.....	51
Tabela 17: Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett.....	52
Tabela 18: Matriz de Coeficientes dos Escores do Factor SAT_GQSS.....	52
Tabela 19: Teste de consistência Interna do Factor SAT_GQSS.....	53
Tabela 20: Teste de Normalidade.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Qualidade de Serviços.....	20
Figura 2: Distribuição Segundo o Numero de Visitas.....	37
Figura 3: Distribuição por Sexo.....	38
Figura 4: Distribuição por Grau de Escolaridade.....	39
Figura 5: Distribuição Segundo o Estado Civil.....	30

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 DISCRICÃO DO PROBLEMA.....	12
1.2 OBJECTIVOS.....	13
1.2.1 Objectivos Geral.....	13
1.2.2 Objectivo Especificos.....	13
1.3 RELEVÂNCIA DO TRABALHO.....	13
1.4 LIMITAÇÕES DO TRABALHO.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 EVOLUIÇÃO DOS SERVIÇOS E O FOCO NO CLIENTE.....	15
2.1.1 Conceitos de Serviços.....	16
2.1.2 Características e Particularidades de Serviços.....	16
2.2 QUALIDADE DE SERVIÇOS.....	17
2.2.1 Modelo Teórico da Qualidade de Serviços.....	18
2.2.2 Avaliação da Qualidade de Serviços.....	18
2.3 SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	23
2.4 SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	24
2.5 TECNICAS ESTATÍSTICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	25
2.5.1 Análise Factorial.....	26
2.5.1.1 Métodos de Obtenção de Factores.....	26
2.5.1.2 Pesos Factoriais.....	27
2.5.1.3 Escores Factoriais.....	27
2.5.2 Análise de Regressão Múltipla.....	28
2.5.2.1 Estimação do Modelo de Regressão Múltipla.....	28
2.5.2.2 Estimação Stepwise (para selecção de variáveis).....	29
3. METODOLOGIA.....	30
3.1 MATERIAL.....	30
3.2 METODO.....	30
3.2.1 População do Estudo.....	31
3.2.2 Amostragem.....	31

3.3 PRINCIPAIS TESTES ESTATÍSTICOS UTILIZADOS.....	33
3.3.1 Critérios da Análise Factorial.....	33
3.3.2 Critérios da Análise de Regressão Múltipla.....	35
4. RESULTADOS E DISCUSÃO.....	37
4.1 ANÁLISE DE PERFIL DOS UTENTES ENTREVISTADOS.....	37
4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE FACTORIAL.....	41
4.2.1 Satisfação com Aparência Física do Hospital.....	41
4.2.1.1 Nível de Satisfação com a Imagem do Hospital.....	43
4.2.2 Satisfação com o Processo de Admissão.....	43
4.2.2.1 Nível de Satisfação com PASS e TE.....	46
4.2.3 Satisfação com a Competência e Habilidade dos técnicos da saúde.....	47
4.2.3.1 Nível de Satisfação com a Qualidade de o Atendimento ao Utente.....	49
4.2.4 Satisfação com Profissionalismo dos Médicos.....	49
4.2.4.1 Nível de Satisfação com o Desempenho dos Médicos.....	51
4.2.5 Satisfação Geral com Qualidade dos Serviços de Saúde.....	51
4.2.5.1 Nível de Satisfação Geral com a Qualidade dos Serviços de Saúde.....	53
4.3 FACTORES QUE INFLUÊCIAM NA SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	53
4.3.1 Verificação dos Pressupostos da ARM.....	54
4.3.2 Estimação do Modelo de Regressão.....	56
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	58
5.1 CONCLUSÕES.....	58
5.2 RECOMENDAÇÕES.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXO I.....	64
ANEXO II.....	66

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Na saúde é importante que o usuário participe na construção de um serviço à sua medida, já que a prestação do serviço é marcado por uma forte relação de dependência entre quem realiza e quem consome o serviço, portanto, o sucesso de qualquer organização depende da sua capacidade em mobilizar os meios e recursos necessários para realizar serviços que satisfaçam as exigências, necessidades e expectativas dos seus utentes.

Partindo do pressuposto de que a qualidade da assistência médica oferecida ao utente, pode ser mensurada através de várias perspectivas. Como afirma Horr (1989), a qualidade é avaliada pelo tipo de cuidado que é prestado ao utente, análise das suas necessidades, recuperação rápida e alto grau de satisfação.

Para Silva (1994) citado por Cianciarullo (1998) considera que a qualidade pode ser avaliada por um conjunto de acções desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, humildade e competência, objectivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada utente. A actuação profissional é percebida pelo individuo pelo facto de que, segundo Silva (1996) o utente age basicamente como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. O instinto natural de auto defesa e protecção fala mais alto e ele passa, então, a prestar atenção redobrado ao que acontece à sua volta. Por isso, é necessário a escolha por qual caminho iniciar a avaliação da qualidade, bem como a formulação de instrumento apropriado para análise desta mensuração.

O contributo do sector de saúde está condensado na sua missão de prestar serviços de boa qualidade e sustentáveis reduzindo desta forma o fardo social das doenças de forma a aumentar a produtividade e diminuir as perdas económicas resultantes de mortes prematuras, doenças e a escassez dos recursos humanos (MISAU, 2006). Contudo, uma das principais criticas no processo de planeamento em

saúde é o facto de que os instrumentos utilizados serem inadequados para orientar a execução e tomada de decisões, transformando a elaboração de planos executivos em mera formalidade, desarticulada dos problemas concretos de acção, tendo por base a falta de recursos para determinar as necessidades de saúde da população (Fekete, 1999).

A opinião do utente é facto peculiar no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficiência das medidas correctivas que se têm a implementar no sistema nacional de saúde. Deste modo estudos sobre a satisfação do utente têm vindo a firmar-se como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados dos utentes.

A avaliação pelo próprio usuário do serviço, através de um instrumento apropriado, é uma das formas consideradas mais efectiva e essencial para a reflexão sobre o processo de trabalho no sector de saúde. Por isso, pretende-se com o presente trabalho, avaliar o nível de satisfação dos utentes sobre a qualidade dos serviços de saúde no hospital geral de Mavalane (HGM).

1.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os serviços públicos de saúde têm sido alvos de queixas por parte de alguns estratos da população quanto a sua qualidade, sobre tudo no atendimento dos utentes. Esta situação contrasta-se com a missão do sector da saúde que é de promover e preservar a saúde da população, incentivar a prestação de serviços de boa qualidade, tornando os acessíveis a todos os moçambicanos.

Como forma de mostrar a sua preocupação em melhorar a sua qualidade de serviços e a satisfação dos utentes, as unidades sanitárias tem-se empenhado na colocação de caixas e livros para reclamações e sugestões sobre os serviços oferecidos, criação de gabinetes de apoio social aos utentes, disponibilização de informação de utilidade pública sobre os serviços prestados nas vitrinas e a alargamento do horário de atendimento, entre outros. Algumas destas acções foram intensificadas no âmbito da reforma do sector publico em vigor no país.

De exposto acima, coloca-se a seguinte pergunta de pesquisa:

Em que nível a qualidade dos serviços de saúde fornecidos pelas unidades sanitárias satisfaz as expectativas dos utentes?

1.2 OBJECTIVOS

1.2.1 Objectivo Geral

Avaliar o nível de satisfação dos utentes sobre a qualidade dos serviços oferecidos pelo Hospital Geral de Mavalane.

1.2.2 Objectivos Específicos

- Conhecer o perfil demográfico dos entrevistados;
- Identificar por meio da revisão bibliográfica as causas da diferença entre a percepção e as expectativas dos utentes sobre a qualidade dos serviços hospitalares;
- Identificar os factores que determinam a qualidade dos serviços de saúde;
- Destacar os factores que influenciam significativamente na satisfação dos utentes sobre a qualidade dos serviços de saúde.

1.3 RELEVÂNCIA DO TRABALHO

Para além dos sistemas de reclamações, as unidades sanitárias têm usado mais indicadores sobre os aspectos quantitativos de prestação e de utilização dos cuidados de saúde do que os que retratam directamente a qualidade dos serviços prestados junto dos utentes. Por isso, este trabalho permitiu verificar que o modelo de qualidade de serviços de Zeithaml et al. é adequado para medir e gerir a satisfação dos utentes periodicamente. Do ponto de vista de gestão dos serviços de saúde este trabalho contribuiu para a identificação e quantificação de problemas na área de atendimento, assim como a definição de prioridades no processo de prestação de serviços de saúde com vista a aumentar o nível de satisfação dos utentes e promover a imagem deste hospital.

1.4 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Deve se sublinhar que devido às limitações de tempo e custos, o trabalho foi feito tendo como grupo alvo, os utentes dos serviços das consultas externas, excluindo-se os dos serviços de urgências. Para além disso, inicialmente, este trabalho tinha sido dimensionado para ser feito em três unidades sanitárias, mais acabou por se fazer apenas em uma, por causa de motivos de custos e da burocracia relacionados com o processo de autorização.

CAPÍTULO II

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo visa apresentar as bases teóricas sobre o tema deste trabalho, as quais são resultados de trabalhos, artigos, e pesquisas desenvolvidos por diversos autores nas diferentes áreas de actividades, particularmente em serviços. Em seguida, é feita a revisão de algumas literaturas relacionadas com as técnicas estatísticas aplicadas no trabalho para melhor elucidar o tema.

2.1 A EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS E O FOCO NO CLIENTE

Segundo Albrecht (1993) uma sociedade voltada para serviços é bastante diferente daquela voltada para produção. Embora os serviços venham despotando como o setor que mais cresce na economia mundial, somente muito recentemente as empresas passaram a perceber que, para sobreviver numa economia globalizada, têm que se preocupar com a qualidade do serviço prestado. Até o final dos anos 80, ao se pensar em qualidade, fazia-se uma grande diferenciação entre qualidade de produtos e qualidade de serviços. Como o importante era o produto físico, a maior parte das teorias da qualidade preocupavam-se em melhorar os processos de fabricação. A concorrência obrigava os empresários a fazer e vender seus produtos. O novo paradigma econômico, que fez surgir uma estrutura de serviços, surpreendeu os teóricos, os acadêmicos e os autores em qualidade e até os empresários. Não estavam preparados para discutir qualidade olhando a experiência subjetiva do cliente.

À medida que se aproximava o século XIX, ficava bastante evidente que a distinção até então feita entre produtos e serviços tornava-se obsoleta (Albrecht, 1993). É importante ressaltar que o serviço, pelo fato de lidar direta ou indiretamente com o ser humano, fazendo-o participar das etapas do processo, torna-se bastante imprevisível, sendo difícil o estabelecimento de normas gerenciais. É diferente do processo de produção de bens, efetivado por uma rotina que, mesmo com a participação do homem, pode ser planejada, acompanhada, supervisionada e avaliada. Esta constatação pode

explicar algumas das dificuldades encontradas, e o atraso no estabelecimento de metodologias para implantação de um serviço de qualidade total.

2.1.1 Conceito de serviços

A saúde é uma área de actividade que se enquadra essencialmente em serviços e não em produtos, embora, às vezes, esse serviço seja oferecido com algum produto como medicamentos. De acordo com Kotler (1998) serviço é um acto ou benefício que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Para Andersen et al. (1995) serviços são quaisquer benefícios intangíveis, que são pagos directamente ou indirectamente e que frequentemente incluem um componente físico ou técnico maior ou menor.

2.1.2 Características e particularidades de serviços

A definição de serviços revela-se insuficiente devido à complexidade das suas características, facto que, o que normalmente caracteriza a prestação de um serviço é a personalização de um produto ou bem físico. Dessa forma, as actividades inerentes à produção de um serviço devem ser flexíveis o suficiente para dispor de um produto adequado às expectativas de cada consumidor¹.

Os clientes² podem ser agrupados em segmentos, ou famílias, que possuem necessidades e expectativas semelhantes. Cada grupo de clientes exige, ou espera, que o desempenho dos fornecedores de serviços esteja, no mínimo, de acordo com suas expectativas. A plena satisfação depende de aspectos tangíveis e intangíveis que formam a impressão total que têm do serviço prestado (Miguel, 2002).

¹ Indivíduo que compra para gastar em uso próprio (Lovelock e Wright, 2001)

² Segundo Lovelock e Wright (2001) , são indivíduos que estabelecem uma relação continuada de compra, como consumidor ou não. Nem sempre são os beneficiários ou usuários dos bens ou serviços adquiridos.

A natureza de um serviço apresenta características que devem ser entendidas para a compressão de suas particularidades. Perasuraman, Zeithaml e Barry (1985) identificam os serviços pelos seguintes elementos básicos:

- *Intangibilidade*: uma característica peculiar dos serviços que os torna incapaz de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos. Por isso, o serviço é uma entidade que não pode ser facilmente definida, formulada ou alcançada mentalmente.
- *Inseparabilidade*: na prestação de um serviço existe total dependência entre servidor (quem fornece o serviço) e o cliente, a interação servidor-cliente é uma característica especial do marketing³ de serviços. Pode-se citar como exemplo: um corte de cabelo exige a presença do (a) cabeleireiro (a); assim como o doente deve estar presente ou em contacto com o medico ou enfermeiro para ser examinado e/ ou ouvido.
- *Heterogeneidade*: esta característica na prestação de serviço de uma empresa resulta no alto grau de variedade das características dos seus funcionários e dos clientes, isto é, a heterogeneidade ocorre em virtude da ligação do fornecedor e do cliente.
- *Perecibilidade*: os serviços não podem ser estucados, na maioria dos casos eles depreciam na sua totalidade. Por exemplo, um enfermeiro não pode produzir consultas e guarda-los para utentes que ainda estão por vir.

2.2 QUALIDADE DE SERVIÇOS

O termo qualidade tem sido utilizado com diferentes significados, desde a maneira como o cliente é tratado, passando pelo resultado e experiência do serviço recebido pelo cliente até ao atendimento das especificações do serviço (Johnston e Clark, 2002). Segundo Miller (1993), apud Kotler (1998) qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas. Por sua vez, Gianesi e Corrêa (1994) defendem que qualidade pode ser definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas/excedidas por sua percepção do serviço prestado.

³ O processo de planear e executar a concepção, o apreçamento, a promoção e a distribuição de ideias, bens e serviços para criar trocas que satisfazem os objectivos individuais e organizacionais.

Constata-se que as duas definições de qualidade de serviços a cima estão ligados á satisfação, mas a primeira é feita na óptica do fornecedor (atendimento das especificações), enquanto que a segunda é feita na óptica do consumidor (qualidade percebida), para efeito deste trabalho, considerar-se-á a definição de Giansi e Corrêa porque ela revela a óptica do consumidor (utente), a qual constitui o ponto central deste trabalho.

2.2.1 Modelo teórico da qualidade de serviços

Este modelo visa determinar o nível de satisfação do cliente, cuja ênfase é a comparação entre as expectativas e a percepção da qualidade pelo cliente (figura 1). Pesquisas empíricas confirmam que os clientes utilizam suas expectativas para avaliar o serviço. Deste modo ao menos ao curto prazo, parece ser conveniente que o sistema de operação de serviços esteja preparado para identificar e atender às expectativas dos clientes, mais do que as suas necessidades (Giansi e Corrêa, 1994).

2.2.2 Avaliação da qualidade de serviços

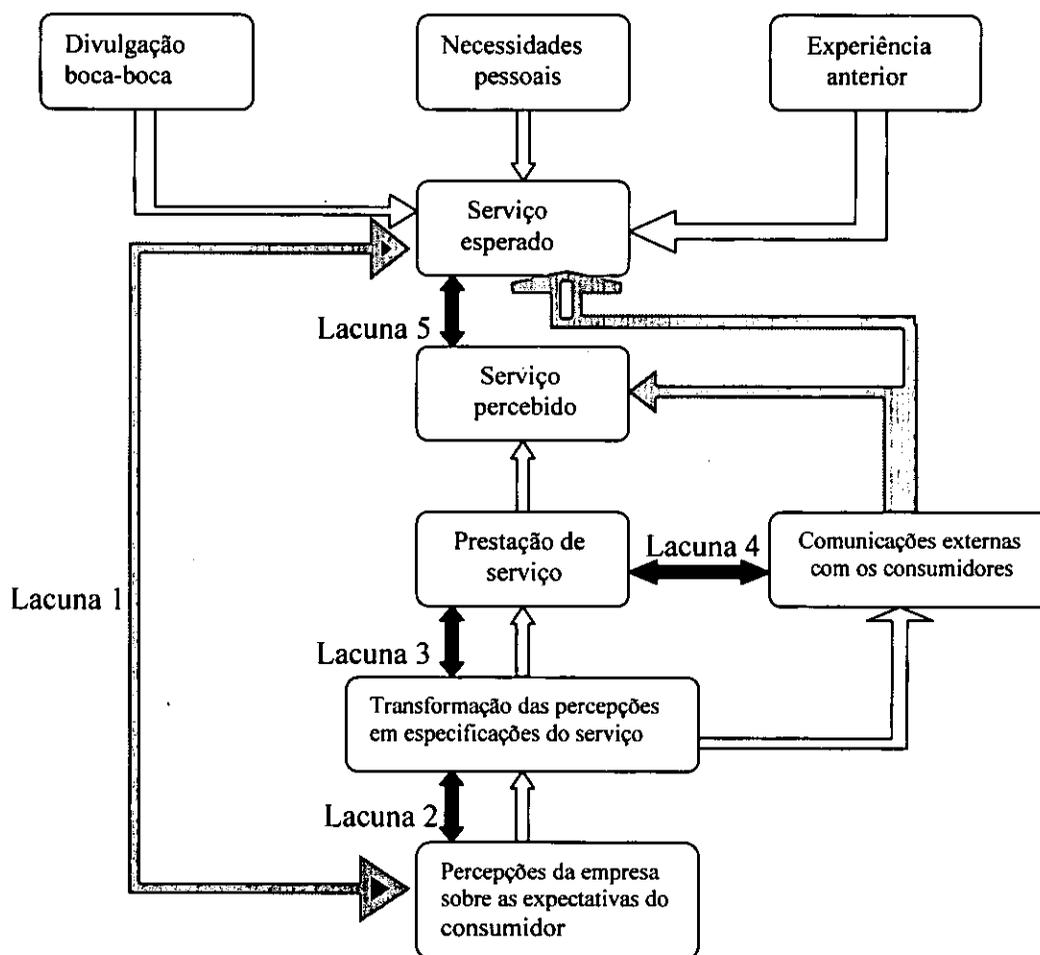
Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a diferença entre as expectativas do cliente e o desempenho real na prestação de serviços, que fundamentam a sua percepção da qualidade, normalmente caracterizam uma lacuna de qualidade, essa lacuna reflecte como o cliente avalia o serviço. A identificação das lacunas de qualidade pode ter uma grande importância pratica para a administração do serviço, possibilitando a identificação dos atributos do serviço relevante, o conhecimento realista de como o serviço é avaliado pelos clientes e a descoberta de deficiências no ciclo de prestação de serviços. Portanto, neste trabalho, procurar-se-á avaliar como é que os utentes percebem que as suas expectativas são atendidas (avaliação externa) e, por sua vez, até que ponto os profissionais da saúde atende as expectativas dos utentes através da prestação de serviços.

Factores de formação das expectativas dos clientes

Segundo Perasuraman, Zeithaml e Berry (1985) apud Giansesi e Corrêa (1994), as expectativas que os clientes utilizam para avaliar a qualidade do serviço são formadas a partir de quatro factores-chaves: *necessidades pessoais*, *promessas feitas pelos prestadores dos serviços (comunicação externa)*, *experiência anterior* e *comentários de outras pessoas* (ver a figura 1 a baixo).

- *Necessidades pessoais* – As necessidades pessoais constituem o factor principal na formação das expectativas dos clientes porque é por as querer que eles procuram o serviço (Giansesi e Corrêa, 1994). Por exemplo, uma pessoa padecendo de dente tem a necessidade de eliminar a dor, mas não espera (expectativa) que essa dor acabe ao ser atendido pelo dentista, sabe que ela só passará algum tempo depois.
- *Comunicação externa* – O fornecedor de serviços pode influenciar as expectativas dos clientes através da comunicação que faz aos clientes, antes ou durante o processo de prestação de serviços. Por exemplo, se na sala de espera para atendimento se estiver escrito “*você será bem atendido*”, o utente eleva as suas expectativas sobre o serviço que encontrará.
- *Experiência anterior* – A experiência prévia ajudará a modelar as expectativas à medida que o conhecimento anterior as torna não apenas mais claras e definidas, mais também permite aos clientes posicionarem-se mais adequadamente na escala (Johnston e Clark, 2002). Por exemplo, se um utente tiver sido bem atendido na última consulta, esperará ter o mesmo nível de serviço para a próxima consulta.
- *Comentários de outras pessoas* – Devido ao alto risco associado à decisão de compra de serviços, os clientes potenciais confiam mais nas recomendações de terceiros (amigos, familiares) para obter pistas da qualidade do serviço que pretendem comprar (Giansesi e Corrêa, 1994) . Ainda de acordo com estes autores, isto é bastante crítico se tiver em cota que em média um consumidor satisfeito fala a 3 pessoas, enquanto que um consumidor insatisfeito pode falar a outras 11 pessoas.

Figura 1— Modelo Teórico de Qualidade de Serviços



Fonte: Parasuraraman, Zeithaml e Berry (1985, p.44)

As quatro lacunas (figura 1) encadeiam – se determinado a lacuna 5 que é a diferença entre o que o usuário espera receber (expectativas) e a percepção que ele tem dos serviços oferecidos, podendo ocorrer uma das três situações seguintes:

- Se o nível de percepção do serviço for superior às expectativas do cliente, este classificará o serviço como sendo de qualidade ideal e ficará muito satisfeito.
- Se o nível de percepção do serviço igualar às expectativas do cliente, este classificará o serviço como sendo de qualidade satisfatória e ficará satisfeito.
- Se o nível de percepção do serviço for inferior às expectativas do cliente, este classificará o serviço como sendo de qualidade inaceitável e ficará insatisfeito.

Tabela 1—Descrição das lacunas do modelo de qualidade de Zeithaml et al.

<i>Lacuna</i>	<i>Descrição</i>	<i>Exemplos de causas possíveis</i>
1	Diferença entre o que os clientes efectivamente esperam e o que a empresa imagina que eles desejam e precisam	Os administradores hospitalares podem pensar que os utentes desejam melhorar alimentação, enquanto eles estão preocupados com atendimento dos enfermeiros.
2	Distância entre o que se conhece e supõe acerca das expectativas dos clientes e aquilo que se especifica em atendimento a essas necessidades.	Os administradores hospitalares podem dizer que os enfermeiros são ágeis no atendimento de pacientes, enquanto não especificam isto quantitativamente.
3	Diferença entre o que a empresa se propõe entregar, mediante as especificações de seus produtos, serviços e processos, e aquilo que é realmente entregue as clientes.	Os funcionários podem estar mal treinados ou sobrecarregados e impossibilitados ou indispostos para atender a um padrão mínimo de qualidade.
4	Discrepância entre as promessas feitas pela comunicação, a publicidade, o esforço das relações publica e o que é realmente entregue.	Se o folheto de divulgação de um hospital mostra um quarto lindo, mas o paciente chega e o acha insignificante e sujo, então a promessa distorceu as expectativas do cliente.
5	Diferença entre o que o usuário espera e a percepção que ele tem dos serviços oferecidos.	O médico pode visitar o paciente para demonstrar cuidados, mas este pode interpretar isto como indicação de que algo está errado.

Fonte: Adaptado de Kotler (1998, p.421) e Camargo (1998, p.98)

Crítérios de avaliação da qualidade de serviços

Crítérios ou factores da qualidade de serviços são atributos do serviço sobre os quais os clientes podem ter expectativas e que precisam ser atendidas com algum nível de especificação (Johnston e Clark, 2002). De acordo com Kotler e Armstrong (1998) uma das principais formas de uma empresa de serviços diferenciar-se de concorrentes é prestar serviços de alta qualidade. Contudo a dificuldade de estabelecer padrões para a qualidade nos serviços, está muitas vezes no facto de que o serviço prestado deve ser medido subjectivamente, e de que cada cliente tem o seu próprio conjunto de expectativas do que vem a ser qualidade. No entanto Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) apud Kotler (1998) desenvolveram um modelo para avaliar a satisfação dos clientes a respeito da qualidade de serviços, denominado “SERVQUAL”, o qual considera cinco critérios, assim definidos:

- *Confiabilidade*: refere-se a habilidade de desempenhar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente;
- *Sensibilidade*: é a disposição em ajudar os consumidores e em fornecer serviço rápido;
- *Segurança*: refere-se ao cuidado, atenção individualizada, aspecto de o funcionário da empresa colocar-se no lugar do consumidor, a fim de prestar serviços adaptados às reais necessidades de cada um;
- *Empatia*: tem haver com o conhecimento e cortesia dos funcionários e suas habilidades em inspirar confiança e responsabilidade;
- *Tangibilidade*: tem haver com aparência física das instalações, equipamentos, funcionários e materiais de comunicação, os quais ajudam a formar uma boa ou má impressão sobre o serviço.

Autores tais como Giansi e Corrêa (1994), Johnston e Clark (2002), e outros, sugerem que estas cinco dimensões sejam desdobradas em dimensões mais restritas para poderem fornecer informações mais adequadas em termos de gestão e tomadas de decisões. Esta abordagem permite aos gestores de serviços, não só saber os níveis de expectativas dos clientes, mas também conhecer as potencialidades dos diferentes factores na geração da satisfação.

2.3 SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Actualmente, é comum reconhecer que satisfazer as necessidades do consumidor é um dos objectivos centrais das organizações. O reconhecimento desse princípio básico de gestão e o monitoramento da satisfação do consumidor vem tornando-se cada vez mais importante como forma de avaliar o desempenho global das organizações, quer visem ao lucro ou não, (Marchetti e Prado, 2001). Neste contexto, as organizações que prestam serviços de saúde têm como razão da sua existência as pessoas para as quais esses serviços são fornecidos. Portanto as pessoas que fazem parte deste processo deixam de serem apenas clientes e serem utentes.

O facto de uma organização ter um utente como seu cliente exige que ela direcione suas acções para responde-lo de uma forma peculiar, pois o utente é um indivíduo físico e/ou mentalmente comprometido no seu desenvolvimento pessoal ou em suas relações com a sociedade (Novaes, 1998), Apund (Zanon, 2001), distinguindo assim essa relação das demais interacções comerciais.

O conceito da satisfação recebeu numerosas definições ao longo do tempo. Ela pode ser classificada em duas categorias principais: aquelas que caracterizam a satisfação como sendo o resultado de um processo (experiência de consumo) ou aquelas que integram na definição como um todo ou uma parte desse processo (baseada na comparação). Assim, a satisfação do cliente é abordada como a atitude geral sobre um produto ou serviço após a sua aquisição e uso. Também pode ser o julgamento de avaliação posterior à compra, resultante de uma compra específica. Todos os indivíduos que iniciam um processo de compra, apresentam certas expectativas quanto ao desempenho do produto ou serviço, e a satisfação é esperada como resultado desse processo (Mattar, 2002).

Oliver (1996) define a satisfação como uma resposta do cliente no ato de consumir, também, ou é um julgamento de que os atributos do produto ou serviço proporcionam, ou estão proporcionando um nível de expectativa completa de consumo, que pode ser agradável ou não. Todavia, Kotler (1998) afirma que satisfação é o nível de sentimento de uma pessoa, resultante da comparação do desempenho de um produto em relação a suas expectativas. Para uma maior satisfação o consumidor

avalia o produto em termos de confiabilidade, durabilidade e desempenho. Ele percebe as diferenças nos serviços oferecidos, treinamento e manutenção; também percebe se os funcionários são atenciosos e se a imagem da empresa é boa. Depois disto, o consumidor soma todos os valores das cinco fontes: produto, serviços, funcionamento, imagem e custo. Percebe-se, então, se uma empresa oferece ou não maior valor para o consumidor.

Como foco central deste trabalho a satisfação de utentes pode ser entendida como a percepção de um cliente, que pode estar físico ou mentalmente debilitado, do serviço de saúde que recebe, ou seja, é a experiência de utilização dos serviços que produz resultados na própria pessoa, constituindo um sentimento de prazer que pode ser graduado em diversos níveis, desde uma percepção negativa, que produz a insatisfação até o oposto que significa a plena satisfação (Johnson e *tal.*, 2001).

2.4 SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Na área da saúde, a situação era igualmente crítica para a maioria da população moçambicana, pois o acesso aos serviços sanitários e hospitalares estava concentrado nas cidades e vilas, reservados aos colonos e assimilados.

Segundo Comité de Conselheiros (2003), com a Independência Nacional foi também nacionalizado o sector de saúde, constituiu-se um sistema nacional de saúde na perspectiva de melhorar a cobertura sanitária e hospitalar. Em relação ao pessoal médico e de enfermagem Português, registou-se uma redução considerável e o novo governo foi forçado a tomar decisões de emergência designadamente na contratação de médicos, sobre tudo de países socialistas e formação de técnicos de medicina. Os efeitos desta carência acentuada de pessoal qualificado, aliados a falta de experiência, não se fizeram esperar, tendo afectado negativamente, a qualidade dos serviços de saúde prestados.

De acordo com o relatório preliminar da avaliação conjunta do desempenho do sector de saúde, não se têm registado melhorias importantes para a redução das desigualdades existentes nos serviços de saúde. Cerca de 72% da população rural necessita de mais de uma hora para chegar a uma unidade

de sanitária. comparativamente às zonas urbanas, em que a população que se encontram nessas condições é de apenas 14%. No país em geral, 56% da população viaja quase uma hora para chegar à unidade de saúde mais próximo.

Segundo a Estratégia de Cooperação da OMS com a Republica de Moçambique 2004-2008 a garantia da qualidade dos serviços de saúde tem sido considerado um dos elementos fundamentais dos cuidados de saúde. Apesar disso, no Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2001-2005, não existe ainda um processo bem definido nesse sentido. Alguns programas já incluem esta componente nas suas actividades, como o da tuberculose, AIDI, redução da mortalidade materna e maternidade segura, mas não se insere numa estratégia global para a promoção da qualidade no sistema nacional de cuidados de saúde

O pessoal de saúde considera como principais factores constringedoras à melhoria da qualidade dos serviços, a escassez de recursos humanos, falta de transporte e de equipamento medico. A Estratégia de Cooperação da OMS com a Republica de Moçambique 2004-2008 revelou que o grau de satisfação dos utentes é baixo, com quase 50% dos inqueridos declararem-se insatisfeito com os serviços prestados.

2.5 TÉCNICAS ESTATÍSTICAS DE ANÁLISE DE DADOS

As técnicas analíticas multivariadas estão sendo amplamente aplicados na indústria, no governo e em centros de pesquisas académica e ganharão cada vez mais o espaço no futuro, alternando a forma pela qual os profissionais das pesquisas pensam e planeiam suas pesquisas (Hair et al, 2005). Análise Multivariada é um conjunto de métodos estatísticos que permite a análise simultânea de medidas múltiplas para cada objecto ou individuo em analise, ou seja, qualquer método que permita a análise simultânea de duas ou mais variáveis pode ser considerado como análise Multivariada. Neste trabalho é abordado duas técnicas da análise multivariada, a Análise Factorial e Análise de Regressão Múltipla.

2.5.1 Análise Factorial

A Análise Factorial (AF) é uma técnica de análise multivariada com o objectivo de explicar as correlações existente entre um conjunto grande de variáveis em termos de um conjunto de poucas variáveis aleatórias não observáveis, denominadas factores. A AF pode ser considerada como uma extensão da análise de componentes Principais, que é uma técnica estatística que transforma um conjunto de (m) variáveis em um conjunto com número menor (p) de variáveis aleatórias não correlacionadas. Essas variáveis explicam uma parcela substancial das informações do conjunto original (Reis, 2001).

Hill (2005) explica que ambas técnicas reduzem a dimensão dos dados originais com perda mínima de informação e facilitam a interpretação das análises realizadas. Embora estas técnicas pareçam semelhantes, elas têm objectivos deferentes. A Análise de componentes principais tem como objectivo principal a análise da variância total de cada uma das variáveis num conjunto de variáveis. Enquanto que, o principal objectivo da Análise factorial é analisar a variância comum num conjunto de variáveis para entender ou “explicar”, as correlações entre essas variáveis.

2.5.1.1 Métodos de obtenção de factores

Existem quatro (4) métodos de estimação de parâmetros do modelo de factores com o objectivo de simplificar as interpretações dos factores, segundo Hair, *et al.* (1995):

- **Critério de raiz latente:** este critério mantém os factores que têm raízes latentes ou auto valores maiores que 1 e são considerados significantes, todos os factores com raízes latentes menores do que um (1) são considerados insignificantes ou descartados.
- **Critério de variância acumulada:** Este critério garante a significância pratica para os factores determinados assegurando que estas expliquem pelo menos 60% da variância total.

- **Critério do gráfico (do teste scree):** é determinado fazendo-se o gráfico das raízes latentes em relação ao número de factores em sua ordem de extração, e a forma da curva resultante é usada para avaliar o ponto de corte. Para tal começa-se com o primeiro factor, onde os ângulos de inclinação rapidamente decrescem no início e então lentamente se aproximam de uma recta horizontal, logo este ponto onde começa a ter este comportamento é considerado indicativo do número máximo de factores a serem extraídos.
- **Métodos inferenciais:** Este método não é adequado para dados que não são normais. É utilizado como um método indutivo sendo que certas significâncias obtidas não podem ser interpretadas ao “pé da letra”. Destaca-se o método de Bartlett que verifica o modelo de análise factorial estimado pelo método da máxima verosimilhança.

2.5.1.2 Pesos factoriais

A interpretação dos factores de uma AF é feita por meio de pesos ou cargas factoriais, que são parâmetros de um modelo de AF que expressam as co-variâncias entre cada factor e as variáveis originais. No caso de se utilizar variáveis padronizadas (matriz de correlação), esses valores correspondem às correlações entre os factores e as variáveis originais. Os pesos ou cargas factoriais são estimados pelo método dos componentes principais.

2.5.1.3 Escores factoriais

Os escores factoriais consiste no produto matricial entre os valores observados para as variáveis e os pesos factoriais. Em muitas aplicações necessita-se estimar o valor de cada um dos factores para uma nova observação individual $X = [x_1, x_2, \dots, x_n]$. Estes valores dos factoriais são denominados de escores factoriais.

2.5.2 Análise de regressão múltipla

A análise de regressão múltipla (**ARM**) é uma técnica estatística multivariada usada para examinar a relação entre uma única variável dependente (critério) e um conjunto de variáveis independentes (preditoras). A regressão múltipla apresenta uma ampla aplicabilidade, suas aplicações recaem em duas grandes classes de problema de pesquisas: previsão e explicação as quais não são mutuamente excludentes. Na previsão a regressão múltipla tem como propósito fundamental prever a variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes e na explicação avalia o grau e o carácter da relação entre variáveis dependente e independentes (Hair *et al.*, 2005).

Segundo Pinheiro (2003), algumas medidas são importantes para o entendimento dos resultados da análise de regressão múltipla, dentre elas as seguintes:

- **A análise de variância (ANOVA):** Ela indica se existe relação linear entre as variáveis, pois determina se as variáveis independentes explicam uma variação significativa na variável dependente.
- **Coefficiente de determinação (R^2):** Determina a intensidade da relação, ou seja, quanto da variação na variável dependente pode ser explicado pelas variáveis independentes.
- **Coefficiente de regressão (b_n):** É o valor numérico do parâmetro estimado que é associado directamente com a variável independente, representando a quantidade da mudança na variável dependente para uma unidade de mudança na variável independente. Neste tipo de análise, os b_n são coeficientes parciais, pois cada um leva em consideração somente o relacionamento da variável dependente com as independentes, mas também entre elas mesmas.

2.5.2.1 Estimação do modelo de regressão múltipla

De acordo com Gujarati (2005) existem dois métodos de estimação muito usados: o método dos mínimos quadrados (**MQO**) e o da máxima verosimilhança (**MV**). O MQO é mais utilizado para análise de regressão porque é a que minimiza a soma total dos quadrados dos resíduos.

2.5.2.2 Estimação *stepwise* (para a selecção das variáveis)

A estimação *Stepwise* é um método sequencial mais comum para a selecção das variáveis, onde cada variável é considerada para a inclusão antes do desenvolvimento da equação de regressão. A variável independente com a maior contribuição é acrescentada em um primeiro momento, e as restantes variáveis independentes são então seleccionadas para inclusão, com base em sua contribuição incremental sobre as variáveis já apresentadas na equação. As questões específicas em cada etapa do processo *Stepwise* são as seguintes:

1. Estima-se o modelo de regressão simples no qual apenas a variável independente, que é a mais fortemente correlacionada com a variável dependente, é usada. A equação seria:
$$Y = b_0 + b_1 X_1$$
2. Examina-se os coeficientes de correlação parcial para encontrar uma variável independente adicional que explique a maior parte estatisticamente significativa do erro remanescente da primeira equação de regressão.
3. Recalcula-se a equação de regressão usando as duas variáveis independentes e examina-se o valor parcial de F para a variável original no modelo a fim de verificar se esta ainda faz uma contribuição significativa, dada a presença da nova variável independente. Se não for o caso, elimina-se a variável. Se a variável original ainda fazer contribuição significativa, a equação será: $Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2$.
4. Continua-se com o procedimento (3) examinando todas as variáveis independentes não presentes no modelo determinar se alguma variável deveria ser incluída na equação. Se uma nova variável independente é incluída, examina-se todas as variáveis independentes previamente no modelo para julgar se elas devem ou não ser mantidas.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

Este capítulo visa descrever o material e a metodologia utilizada para atingir os objectivos do trabalho. No presente trabalho foram realizadas as seguintes pesquisas: exploratória como fase inicial de levantamento de dados para a elaboração do plano do trabalho; descritiva para descrever as características da população do estudo e explicativa ao identificar factores de satisfação ou insatisfação dos utentes.

3.1 MATERIAL

Para a realização deste trabalho foram usados os seguintes software de aplicação:

- Microsoft Office Word 2007, para a edição do teste;
- Microsoft Office Excel 2007, para realização de alguns cálculos;
- Microsoft Office PowerPoint 2007, para a montagem e apresentação dos slides.

O processamento dos dados foi feito em SPSS (Pacote estatístico para ciências sociais), na sua versão 13.0 e todas análises foram feitas a um nível de significância de 5%.

3.2 METODOS

O presente trabalho constitui-se numa pesquisa bibliográfica e de campo, com a abordagem qualitativa e quantitativa. O instrumento utilizado para a colecta dos dados na pesquisa do campo foi um questionário elaborado com base no pré – questionário que foi avaliado pelo Comité Nacional da Bioética para Saúde com objectivo de destacar algumas ambiguidades, suprimir e/ou acrescentar algumas questões do mesmo. Como o trabalho incidiu apenas aos utentes de consultas externas, pois, supõem-se que já adquiriram os serviços do hospital, a CNBA sugeriu que se avalie a competência e o profissionalismo dos médicos, pois, estes é que tem contacto directo com os utentes. A versão

final do questionário em anexo II é composta por 30 itens distribuídos em cinco grupos: (A) Dados sócio-demográficos, (B) Satisfação com aparência física do hospital, (C) Satisfação com o processo de admissão, (D) Satisfação com a competência e habilidade dos técnicos da saúde, (E) Satisfação com o profissionalismo dos médicos e (F) Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde. Os itens dos grupos (B, C, D, E e F) foram medidos na escala de *Likert*, a qual oferece um ponto de quebra (graduação 3) bem distinto entre a satisfação e insatisfação, com dois pontos extremos: um, caracterizando o estado de total satisfação (graduação 5) e, outro, um estado de total insatisfação (graduação 1). Segundo Marr e Crosby (1993) citado por Mattiello os diferentes pontos de escala correspondem a diferentes graus de intensidade de satisfação ou insatisfação, que pode-se obter resultados avaliados sob dois aspectos: primeiro os utentes satisfeito são todos aqueles que responderam acima do ponto de quebra três, segundo os utentes insatisfeito são aqueles que responderam abaixo do ponto de quebra três.

3.2.1 População do estudo

Segundo Gill (1999), população ou universo é um conjunto determinado por integrantes que possuem características singulares, mas que frequentemente faz referência à totalidade de habitantes de um determinado local. Para Hill (2005), a população pode ser definida como um conjunto de elementos que podem ser mensurados em relação às variáveis que se deseja avaliar, e que estão relacionadas com o objecto de estudo. A população abrangida pelo estudo foi os utentes que frequentaram uma consulta externa nas consultas da medicina, cirurgia, dermatologia, ginecologia e psiquiatria do HGM, no mês de Outubro de 2008, estimado em cerca de 1487 pessoas.

3.2.2 Amostragem

A amostra pode assumir varias características, de acordo com a forma pela qual ela é escolhida. Nesse sentido, Mcdaniel e Gates (2004) afirmam que existe dois (2) métodos de selecção de elementos para a composição da amostra: métodos probabilísticos ou aleatórios e métodos não probabilísticos. Portanto, foi usada uma amostragem convencional (não probabilístico), que procura

obter uma amostra de elementos convenientes, a partir do critério de terem sido atendidos no mínimo duas vezes nos últimos 12 meses, supondo assim que eles teriam mais conhecimento para avaliar o serviço prestado. O tamanho da amostra foi determinado a partir da fórmula constante do Triola (1999).

$$n = \frac{N * Z^2_{(\alpha/2)} * p(1-p)}{(N-1)\epsilon^2 + Z^2_{(\alpha/2)} * p(1-p)} \quad (1)$$

Onde:

- n → Tamanho da Amostra;
- N → Representa o tamanho da população em estudo;
- Z → Valor crítico da distribuição normal correspondendo a um certo grau de confiança;
- ϵ → Representa o erro de estimação;
- p → Representa a proporção dos utentes de consultas externas.

Segundo Triola (1999) a fórmula (1) exige P como estimativa da proporção populacional, mas se não se conhece tal estimativa, substituímos P por 0.5 e $(1-P)$ por 0.5. Assim usando um nível de significância de 95% correspondente a $Z=1.96$, tamanho da população de 1487 utentes e um erro de estimação de 0.05 obtém-se um tamanho de amostra de 305 utentes.

3.3 PRINCIPAIS TESTES ESTATÍSTICOS UTILIZADOS

3.3.1 Critérios da Análise Factorial

A análise factorial foi aplicada visando identificar as estruturas de inter correlações existentes, para cada um dos cinco (5) grupos de variáveis da segunda parte do questionário medidas na mesma escala *Likert*, como forma de provar as seguintes hipóteses:

Ho: A soma das variáveis de cada grupo apresenta uma medida de satisfação geral com fiabilidade interna (alfa) adequado;

Ha: A soma das variáveis de cada grupo não apresenta uma medida de satisfação geral com fiabilidade interna (alfa) adequado;

Os principais indicadores estatísticos avaliados em cada processamento efectuado foram os seguintes:

- Matriz de correlação e de significância dos atributos;
- Teste de Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Bartlett;
- Eigenvalues e variância explicados pelos factores extraídos;
- Análise de confiabilidade (alfa de Cronbach).

- **O KMO e de Esfericidade de Bartlett**

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é uma estatística que varia entre zero a um, e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O KMO perto de um (1) indica coeficientes de correlações parciais baixos, enquanto valores próximo de zero indicam que a análise factorial não seria a técnica adequada, pois existe uma correlação fraca entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2000).

Kaizer adjectiva os valores do KMO como se apresenta na tabela 2 abaixo:

Tabela 2. Valores de KMO para a Análise Factorial

KMO	Análise Factorial
1 - 0.9	Muito boa
0.8 - 0.9	Boa
0.7 - 0.8	Média
0.6 - 0.7	Razoável
0.5 - 0.6	Má
< 0.5	Inaceitável

O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese da matriz das correlações ser uma matriz identidade, cujo determinante é igual a um (1).

Eis as hipóteses do teste:

Ho: A matriz das correlações entre as variáveis é identidade;

Ha: A matriz das correlações entre as variáveis não é identidade;

Regra de decisão:

- Rejeitar a hipótese nula (H_0) se o sig for menor do que o nível de significância (α) escolhido.

- **Consistência interna**

Pestana e Gageiro (2000) definem a consistência interna dos factores como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inqueridos, isto é as respostas deferem não porque o inquerito seja confuso e leva a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões. *O Alpha de cronbach* é uma das medidas mas usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e as outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual numero de itens, que medem a mesma característica. Ela varia de 0 a 1, classificando de seguinte modo:

- Muito boa ↔ alpha superior a 0.9;
- Boa ↔ alpha entre 0.8 e 0.9;
- Razoável ↔ alpha entre 0.7 e 0.8;
- Fraca ↔ alpha entre 0.6 e 0.7;
- Inadmissível ↔ alpha < 0.6;

3.3.2 Critérios da Análise de Regressão Múltipla

O uso da ARM neste trabalho serviu para encontrar os factores que influenciam na satisfação dos utentes. Ela foi aplicada usando os 5 factores encontrados pela análise factorial no grupos (B, C, D e E) como variáveis independentes e o factor retido no grupo (F) como variável dependente. Os principais critérios e testes estatísticos avaliados na análise de regressão múltipla foram os seguintes:

- **Linearidade**

A linearidade é uma suposição implícita em todas as técnicas multivariadas que permite examinar a relação (grau de associação) entre a variável dependente e cada uma das variáveis independentes. Para tal, usou-se o diagrama de dispersão.

- **Teste de Normalidade**

Neste trabalho, a normalidade das variáveis aleatórias residuais foi avaliado usando o teste de Kolmogorovo-Smirnov (K-S).

Eis as hipóteses do teste:

- *H₀: os resíduos possuem distribuição normal;*
- *H_a: os resíduos não possuem distribuição normal;*

Regra de decisão:

- Rejeitar a hipótese nula (H₀) se o sig for menor do que o nível de significância (α) escolhido.

▪ **Homocedasticidade**

Para verificar a variância constante dos resíduos (Homocedasticidade) pode-se observar as relações entre os resíduos estudantizados e os resíduos estandardizados. Segundo Pestana e Gageiro (2005) quando existe violação desta hipótese os parâmetros estimados do modelo embora sejam centrados são contudo ineficientes.

▪ **Teste de Durbin-Watson**

O teste de Durbin-Watson foi aplicado para verificar a suposição de independência dos resíduos, pois ela permite analisar se a covariância é nula ou se existe independência das variáveis aleatórias residuais onde:

- Para valores de Durbin-Watson próximos de 2, não existe autocorrelação dos resíduos;
- Para valores de Durbin-Watson próximos de 0, significa uma autocorrelação positiva;
- Para valores de Durbin-Watson próximos de 4, existe uma autocorrelação negativa;

▪ **Multicolinearidade**

O MRLM pressupõe que as variáveis explicativas sejam linearmente independentes, isto é, que não se verifique a multicolinearidade. O método de estimação stepwise permite detectar a multicolinearidade, pela observação de modificações significativas nos coeficientes estimados.

A análise da multicolinearidade foi feita com base na análise dos valores da tolerância e dos coeficientes da correlação entre as variáveis independentes onde:

- A tolerância superior à 0.1 e o coeficiente de correlação entre as variáveis independentes inferior a 0.9 indica ausência da multicolinearidade;
- A tolerância inferior à 0.1 e o coeficiente de correlação entre as variáveis independentes superior a 0.9 indica presença da multicolinearidade;

CAPÍTULO IV

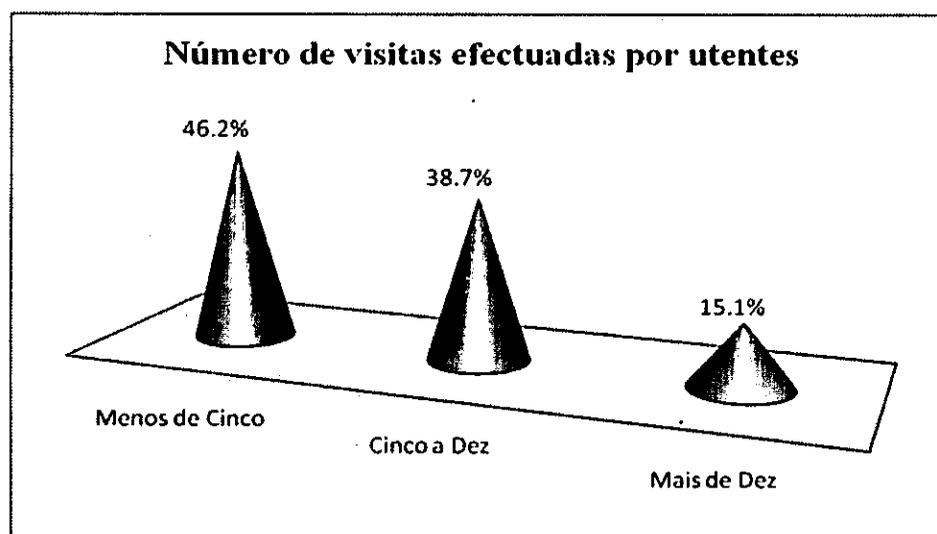
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresenta os principais resultados obtidos ao longo do trabalho. A análise dos resultados foi dividida em duas partes. Na primeira parte faz-se uma análise descritiva do perfil demográfico dos utentes entrevistados e na segunda parte a análise da satisfação dos utentes, mediante as técnicas multivariadas.

4.1 ANÁLISE DO PERFIL DOS UTENTES ENTREVISTADOS

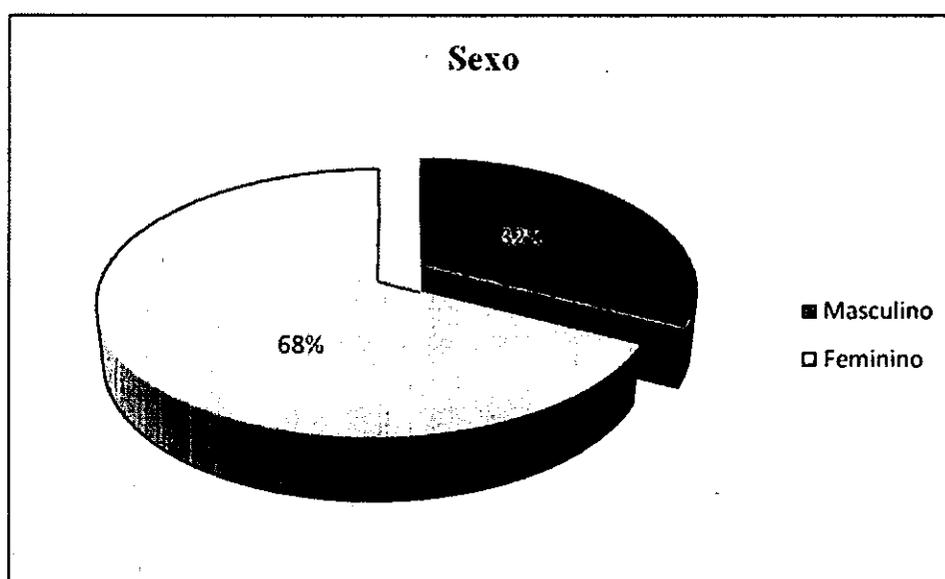
Com relação a frequência com a qual os utentes entrevistados foram atendidos nas várias especialidades de clínicas médicas do hospital nos últimos 12 meses, os resultados mostram que mais que a metade (53.8%) das pessoas abordadas foram atendidas mais de cinco vezes pelo hospital, podendo se inferir que eles possuem um conhecimento adequado para contribuir com as informações colhidas no trabalho (ver figura 2 abaixo).

Figura 2. Distribuição Segundo o Número de Visitas



Dos utentes entrevistados, verificou-se que cerca de 68% são do sexo feminino e 32% do sexo masculino. O que leva a crer que a maior parte dos utentes que frequentam este hospital são do sexo feminino (ver a figura 3 abaixo).

Figura 3. Distribuição por Sexo



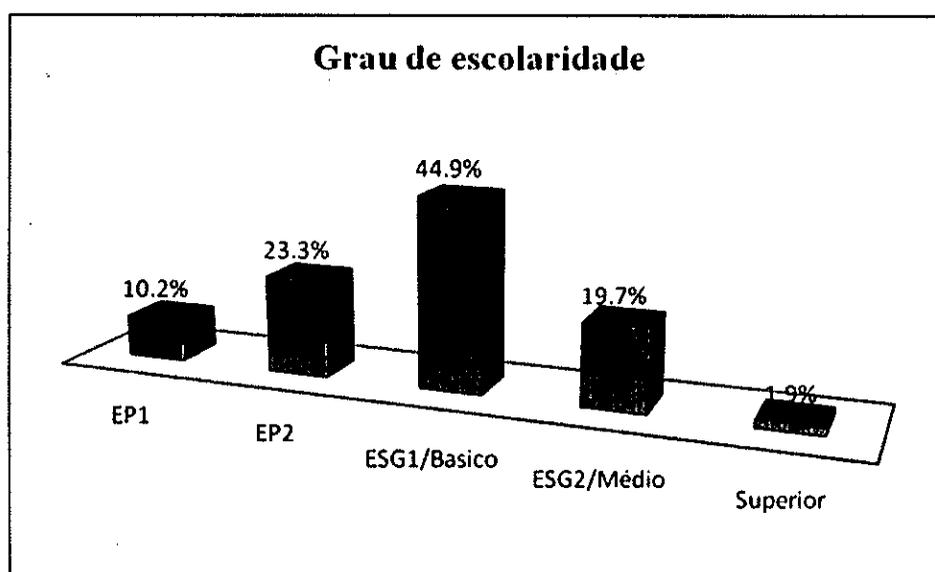
Por outro lado pode-se observar a partir da tabela 3 abaixo que cerca de 40.3% dos entrevistados possuem idade compreendida entre 31 a 40 anos, enquanto que 25.2% tem as suas idades entre os 41 a 50 anos, sendo que apenas 8.9% possuem idade inferior a 21 anos. Assim percebe-se que grande parte dos utentes inquiridos são adultos.

Tabela 3. Distribuição por Idades em Classe

Idade		
	Frequency	Percent
Menos de 21 anos	27	8.9
21 a 30 anos	44	14.4
31 a 40 anos	123	40.3
41 a 50 anos	77	25.2
51 a 60 anos	34	11.1
Total	305	100.0

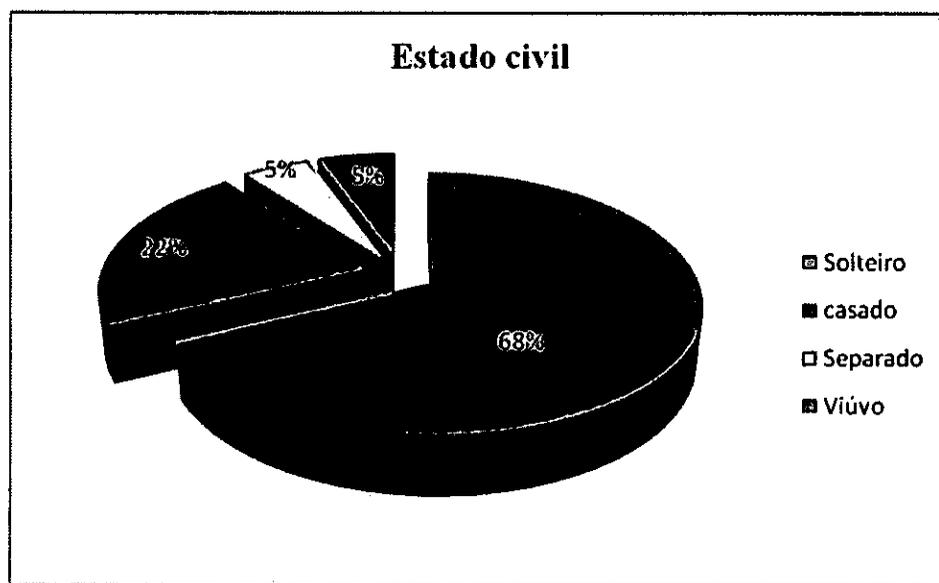
Quanto ao nível de instrução ou grau de escolaridade dos utentes constatou-se que 44.9% dos entrevistados possuem o ensino secundário geral do 1º ciclo (ESG1/BASICO), enquanto 23.3% possuem o ensino primário do 2º grau (EP2) e cerca de 2.0% possuem o ensino superior. Assim, pode-se perceber que a maior parte dos utentes inquiridos possuem o ensino secundário (ver a figura 4 a baixo).

Figura 4. Distribuição por Grau de Escolaridade



Da figura 5 abaixo, pode se verificar que a maior parte 68% dos utentes afirmaram ser solteiros, 22% estão casados, 5% estão separados e a mesma proporção são viúvos.

Figura 5. Distribuição Segundo o Estado Civil



4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE FACTORIAL

4.2.1 Satisfação com Aparência Física do Hospital

A adequação dos dados para aplicação da análise factorial foi testado aplicando o teste de esfericidade de Bertlett e Kaiser-Meyer-olkin (KMO). O teste de esfericidade de Bertlett, que verifica a presença de correlação entre variáveis, tem a associado um nível de significancia de 0.000 valor inferior 0.05, o que leva a rejeição da hipótese nula de que a matriz de correlação ser uma matriz de identidade. O teste de KMO que identifica o grau de inter-correlação entre as variáveis, gerou um valor de 0.820, o que mostra que há uma boa correlação entre as variáveis. (ver a tabela 4 abaixo). Ambos os testes permitem o prosseguimento da análise factorial. para decidir quantos factores serão seleccionados para representar a estrutura latente dos dados, considerou-se o critério de raiz latente o qual selecciona apenas os factores cujos autos valores (valores próprios) são superiores a um (1). Considerando este critério da raiz latente pode-se observar na tabela 1 em anexo I, que análise factorial retirou uma (1) factor com valor próprio maior que um (1), designado por SAT_IH o qual explica 62.346% da variação total.

Tabela 4. Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.820
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	636.469
	df	10
	Sig.	.000

Os escores factoriais da matriz dos coeficientes, permitem verificar que a “*A limpeza e higiene no gabinete de consulta*”, é o item importante para o factor SAT_IH, pois esta variável apresenta maior carga factorial (0.272) e a variável “*Condições da limpeza do hospital em geral*” com menor carga

(0.208) levando a perceber que é a variável com menor relevância deste factor (Vide tabela 5 abaixo).

Tabela 5. Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_IH

Component Score Coefficient Matrix	
	Component
	1
Condições da sala de espera do hospital quanto a limpeza e conforto	.264
Limpeza e higiene no gabinete de consulta	.272
Proteção e privacidade do utente no gabinete de consulta	.259
A inovação e tecnologias patentes no hospital	.258
Condições da limpeza do hospital em geral	.208

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

O resultado do teste de consistência das variáveis que compõem o factor SAT_IH, da tabela 6 abaixo mostra que este factor possui uma confiabilidade interna forte de 0.839, o que revela uma forte correlação entre as variáveis que o compõe.

Tabela 6. Teste de consistência Interna do Factor SAT_IH

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.839	.847	5

4.2.1.1 Nível de Satisfação com Imagem do Hospital

O factor imagem do hospital revela aspectos tangíveis que têm a haver com a limpeza das instalações, aparência física dos equipamentos e funcionários onde os utentes têm facilidade de os avaliar. Assim, os utentes que responderam o questionário deste trabalho mostraram um nível elevado, isto é, estão satisfeitos com a imagem do hospital (ver a tabela 2 em anexo I).

4.2.2 Satisfação com o Processo de Admissão

A matriz de correlações, permitiu verificar que os dados se apresentam correlacionados entre si, contudo foi utilizado o teste de esfericidade de Bartlett para testar se os dados recolhidos são adequados a esta análise, que permitiu rejeitar a hipótese da matriz ser de identidade, mostrando assim que existe correlação entre as variáveis. O teste KMO apresentou o valor 0.719, mostrando que há uma correlação média entre as variáveis, permitindo desta forma o prosseguimento da análise factorial (tabela 7 abaixo).

Na extração do número de factores a reter, análise factorial encontrou dois (2) factores com valores próprios maiores que um (1), designado SAT_PASS e SAT_TE, sendo que o primeiro factor explica 45.975% da variância, o segundo factor explica 18.326% e juntos explicam 64.301% da variabilidade das sete (7) variáveis originais (vide a Tabela 3 em anexo I).

Tabela 7. Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.719
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	950.345
	df	21
	Sig.	.000

A matriz dos coeficiente dos escores dos componentes (tabela 8 abaixo), mostram que a variável “*Explicação dos funcionários sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários*” é a que apresenta maior carga factorial (0.549) para o factor SAT_PASS, já para o factor SAT_TE a variável “*Tempo que fica a espera para obter os resultados dos exames*” é a que apresenta maior carga factorial (0.318) de todas as variáveis que compõem este factor. Portanto pode-se perceber que os utentes entrevistados dão mais importância a explicação dos funcionários sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários e o tempo que fica a espera para obter os resultados dos exames. Contudo, os utentes dão menos importância a qualidade de atendimento na recepção do hospital e o horário de atendimento, visto que são as duas variáveis que apresentam menores cargas factoriais (0.542 e 0.271) nos factores SAT_PASS e SAT_TE respectivamente.

Tabela 8. Matriz dos Coeficientes dos Escores dos Factores SAT_PASS e SAT_TE

Component Score Coefficient Matrix		
	Component	
	1	2
Qualidade de atendimento na recepção	-.115	.542
Explicação dos funcionários administrativos sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários	-.124	.549
Horário de atendimento	.271	-.040
Procedimentos em geral para a marcação da consulta	.293	-.107
Tempo em que aguarda na sala de espera para ser atendido	.300	-.032
Tempo de espera entre a marcação da consulta e o dia para ser atendido	.305	-.048
tempo que fica a espera para obter os resultados dos exames	.318	-.082

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

O resultado do teste de consistência interna das variáveis que constituem o factor SAT_PASS, a tabela 9 abaixo mostra que este factor possui uma confiabilidade interna de 0.948, o que revela uma forte correlação entre as variáveis que o compõe.

Tabela 9. Teste de consistência Interna do Factor SAT_PASS

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.948	.948	2

A mesma análise pode ser feita para o factor SAT_TE, visto que a confiabilidade interna das variáveis que compõem este factor é de 0.764, o que revela uma correlação razoável entre as variáveis que o compõem (ver a tabela 10 abaixo).

Tabela 10. Teste de consistência Interna do Factor SAT_TE

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.764	.766	5

4.2.2.1 Nível de Satisfação com PASS e TE

A facilidade de adquirir os serviços e o atendimento imediato aos clientes, são pressupostos de maior peso na satisfação do consumidor, por isso, há sempre uma necessidade de que qualquer empresa tenha uma boa equipe de atendentes que facilite a informação, o processo de dúvidas e reclamações aos seus clientes, pois a burocracia e o desconhecimento da função do atendente muitas vezes criam descontentamento e insatisfação ao cliente. Por isso, com relação a este sector, os utentes estão indiferentes (nem satisfeito nem insatisfeito) com “ *Qualidade de atendimento na recepção e Explicações dos funcionários sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários* ”

(processo de admissão), e com relação as restantes variáveis desta secção (tempo de espera), os utentes mostraram estarem satisfeitos, embora alguns revelaram nem estarem satisfeitos nem insatisfeitos com “*Tempo de espera entre a marcação da consulta e o dia para ser atendido*”. (ver a tabela 4 em anexo I).

4.2.3 Satisfação com a Competência e Habilidade dos Técnicos de Saúde

O indicador da relação entre as variáveis mostrou um valor de 0.710 (KMO), mostrando que há uma correlação média entre as variáveis. O teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de 0.000 valor inferior a 0.05, o que leva a rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser de identidade, mostrando portanto que existe correlação entre algumas variáveis (vide tabela 11). A pós a verificação de todos os pressupostos para o prosseguimento da análise factorial, reteve-se um (1) factor com valor próprio maior que um (1), designado SAT_QAU o qual explica 65.970% da variância total (Tabela 5, anexo I).

Tabela 11. Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		
		.710
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	518.441
	df	6
	Sig.	.000

Os escores factoriais da matriz dos coeficientes, permitem verificar que os utentes entrevistados abordam que “*Atenção, carinho e respeito proporcionado ao utente pelos técnicos de saúde*” é um determinante essencial para o factor SAT_QAU, pois esta variável apresenta maior carga factorial (0.319) e a variável “*Simpatia e habilidade demonstrado pelos técnicos de saúde*” a menor carga (0.283) levando a perceber que é a variável com menor relevância deste factor (tabela 12 abaixo).

Tabela 12. Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_QAU

Component Score Coefficient Matrix	
	Component 1
A capacidade de prestar os serviços prometido de modo confiável e com precisão	.315
A disposição de atender, ajudar o utente e proporcionar um serviço rápido	.312
Atenção, carinho e respeito proporcionado ao utente pelos técnicos de saúde	.319
Simpatia e habilidades demonstrado pelos técnicos de saúde	.283

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

O resultado do teste de consistência interna das variáveis que compõem o factor SAT_QAU, da tabela 13 abaixo mostra que este factor possui uma confiabilidade interna forte de 0.823, o que revela uma boa correlação entre as variáveis que o compõem.

Tabela 13. Teste de consistência Interna do Factor SAT_QAU

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	
.823	.827	4	

4.2.3.1 Nível de Satisfação com a Qualidade de Atendimento ao Utente

Conforme visto na fundamentação teórica, que a qualidade de atendimento ao utente caracteriza-se por um conjunto de acções desenvolvidas pelo profissional, com conhecimento, habilidade, desenvolvimento e competência, objectivando o atendimento nas necessidades e expectativas de cada utente. Por isso, pode-se afirmar que a qualidade de atendimento num hospital pode ser um dos grandes factores de atracção e retenção do utente. Assim os utentes entrevistados mostraram que a qualidade de atendimento é boa, isto é, estão satisfeitos uma vez que mais que metade tiveram um sentimento elevado, mais ainda no mesmo factor, alguns utentes revelaram estarem indiferentes ou nem satisfeito nem insatisfeito, podendo concluir que os utentes têm dificuldades de avaliar a qualidade de atendimento nos serviços de saúde (ver a tabela 6 em anexo I).

4.2.4 Satisfação com o Profissionalismo dos Médicos

O indicador da satisfação com o desempenho dos médicos foi obtido pela AF. Para a obtenção deste indicador, antes efectou-se o teste de KMO, o qual indicou um valor de 0.880, o que mostra que existe uma boa correlação entre as variáveis. O teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de 0.000 valor inferior a 0.05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, concluindo-se que existe correlação significativa entre algumas variáveis (ver tabela 14 abaixo). Dado que os dois testes permitem o prosseguimento da análise factorial, onde reteve-se um (1) factor com valor próprio maior que um (1), designado SAT_DM o qual explica 62.510% da variância total (Tabela 7, anexo I).

Tabela 14. Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.880
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	915.675
	df	15
	Sig.	.000

Os escores factoriais da matriz dos coeficientes da tabela 15 abaixo, mostram que a variável “*A explicação dada pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames a realizar*” é a que apresenta maior carga factorial (0.235) e a variável “*A rapidez dos médicos nos momentos de necessidade*” a menor carga (0.164) de todas as variáveis que perfazem este factor. Portanto pode-se perceber que os utentes entrevistados dão mais importância a comunicação que se faz aos utentes, antes ou durante o processo de prestação de serviços.

Tabela 15. Matriz dos Coeficientes dos Escores do Factor SAT_DM

Component Score Coefficient Matrix	
	Component
	1
Atenção e disponibilidade demonstrado pelos médicos	.223
A explicação dada pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames a realizar	.235
A informação fornecido pelos médicos sobre os cuidados e praticas a seguir a pois a consulta	.226
A rapidez dos médicos nos momentos de necessidade	.164
Copetencia e profissionalismo dos médicos	.203
Qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos médicos	.205

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

O resultado do teste de consistência das variáveis que compõem o factor SAT_DM, mostra que este factor possui uma boa confiabilidade interna, pois possui um *alpha de Cronbach* situado entre 0.8 à 0.9 (0.877), havendo evidências suficientes para se afirmar que satisfação geral com o desempenho dos médicos é consistente (Vide tabela 16 abaixo).

Tabela 16 Teste de consistência Interna do Factor SAT_DM

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.877	.877	6

4.2.4.1 Nível de Satisfação com o Desempenho dos Médicos

O desempenho dos médicos é caracterizado pela heterogeneidade na prestação de serviços, que resulta no alto grau de variedade das características dos médicos e dos utentes, isto é, a heterogeneidade ocorre em virtude da ligação do médico e do utente em que a sua avaliação é feita em função do resultado do seu tratamento. Por isso sobre a diversidade de serviços oferecidos pelos médicos, os inqueridos mostram que o desempenho dos serviços prestados não tem correspondido as expectativas criadas. Por isso, estes utentes, não estão satisfeitos nem insatisfeitos com o desempenho dos médicos (ver a tabela 8 em anexo I)

4.2.5 Satisfação Geral com a Qualidade dos Serviços de Saúde

Neste factor, o teste de KMO indicou um valor de 0.547 o que mostra que existe uma correlação fraca entre as variáveis. O teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de 0.000, valor inferior a 0.05 o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando portanto que existe correlação entre algumas variáveis. Como todos os testes da tabela 17 permitem o prosseguimento da análise factorial, então reteve-se um (1) factor com valor próprio maior do que um (1), designado SAT_GQSS, o qual explica 61.918% da variância total (Tabela 9, anexo I).

Tabela 17. Teste de KMO e de Esfericidade de Bartlett

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.547
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	252.573
	df	3
	Sig.	.000

A tabela 18 abaixo mostra os escores das componentes da matriz dos coeficientes onde se verifica que as variáveis “*resultado do seu tratamento*” e “*Qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital em geral*” são as que possuem maior carga factorial (0.485) ambos e a variável “*Variedades dos serviços existente no hospital*” (0.261), onde se pode concluir que os utentes dão mais importância a qualidade dos serviços oferecidos e o resultado do tratamento.

Tabela 18. Matriz dos Coeficientes dos Escores do factor SAT_GQSS

Component Score Coefficient Matrix	
	Component
	1
Variedade dos serviços existentes no hospital	.261
Resultados do seu tratamento	.485
Qualidade dos serviços oferecido pelo hospital em geral	.485

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Component Scores.

O resultado do teste de consistência interna das variáveis que compõem o factor SAT_GQSS, da tabela 19 abaixo mostra que este factor possui uma fraca confiabilidade interna, pois o *alpha de Cronbach* esta situado entre 0.6 à 0.7, o que revela uma fraca correlação entre as variáveis que o constitui.

Tabela 19. Teste de consistência Interna do Factor SAT_GQSS

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.688	.665	3

4.2.5.1 Nível de Satisfação Geral com a Qualidade dos Serviços de Saúde

Com relação avaliação da qualidade dos serviços foi visto no ponto 2.1, que os serviços de saúde enquadram se essencialmente em serviços profissionais em que muitos utentes encontram dificuldades de os avaliar mesmo à pois o consumo. Por isso os utentes utilizam os factores: *“Imagem do hospital”*, *“Processo de adquirir os serviços de saúde”*, *“Tempo de espera”*, *“Qualidade de atendimento ao utente”* e *“Desempenho dos médicos”* para avaliar a **qualidade dos serviços de saúde**. Assim os utentes que responderam ao questionário deste trabalho estão satisfeitos com os serviços oferecidos pelo hospital (vide a tabela 10 em anexo I).

4.3 FACTORES QUE INFLUENCIAM NA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

A identificação dos factores que melhor influenciam na satisfação dos utentes sobre a qualidade dos serviços de saúde foi feita através da análise de regressão múltipla (ARM). No planeamento desta técnica estatística deve-se considerar questões como: o tamanho da amostra, natureza das variáveis independentes e a possível criação de novas variáveis para representar relações especiais entre as variáveis dependente e independentes (Hair, 2005).

4.3.1 Verificação dos pressupostos da ARM

Segundo Hair (2005) atender as suposições da análise de regressão é essencial para garantir que os resultados obtidos foram realmente representativos da amostra e que obtivemos os melhores resultados possíveis. quaisquer violações sérias das suposições devem ser detectadas e corrigidas, se possível. A análise, para garantir que a pesquisa está atendendo às suposições básicas da análise de regressão envolve dois passos: (1) testar as variáveis individuais independentes e dependente e (2) testar a relação geral após a estimação do modelo. Neste passo vai se proceder a avaliação da linearidade e anormalidade das variáveis individuais, e a relação geral será examinado depois que o modelo for estimado.

- **Análise da linearidade**

A linearidade foi testada por meio da análise dos gráficos de regressão parcial de cada variável independente com a variável dependente e dos resíduos. Analisando o gráfico 5 em anexo I, pode concluir-se que a relação do factor “*Desempenho dos médicos*” com a “*Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde*” esta bem definida, logo espera-se que o factor tenha efeitos significativos na equação de regressão. Já os gráficos de dispersão 1, 2, 3 e 4 (anexo I), mostram que os factores “*Imagem do hospital*”, “*Processo de adquirir os serviços de saúde*”, “*Tempo de espera*” e “*Qualidade de atendimento ao utente*” não estão bem definidos na dispersão do pontos, o que vem a explicar os seus menores efeitos na equação. Contudo, para todos os factores nenhum padrão não linear é mostrado, atendendo assim a suposição da linearidade para cada factor. Por outro lado, o gráfico 6 (anexo I) não mostra qualquer padrão não linear nos resíduos, garantindo assim que a equação geral é linear.

- **Normalidade**

O pressuposto da normalidade foi testado usando o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) com a correcção de Shapiro-Wilk, que permitiu concluir que a um nível de significância de 5% os resíduos seguem uma distribuição normal (ver a tabela 20 abaixo). A mesma análise foi feita para os seis (6) factores retidos pela AF, tendo se concluído que todos factores rejeitam a normalidade com sig de

0.000 (ver a tabela 11 em anexo I). No entanto, a amostra deste trabalho é bastante significativa com 305 observações, dimensão superior a 30, assumindo assim que todos os factores seguem uma distribuição normal.

Tabela 20. Teste de Normalidade

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Studentized Residual	.027	305	.200*	.996	305	.672

*. This is a lower bound of the true significance.

^a. Lilliefors Significance Correction

▪ **Homocedasticidade**

A variância constante das variáveis aleatórias residuais (Homocedasticidade) foi avaliada através da relação entre os resíduos estudentizados e os resíduos estandardizados. O gráfico 6 em anexo I, mostra que os resíduos mantêm uma amplitude a aproximadamente constante em relação ao eixo horizontal zero, isto é, não mostram tendências crescentes ou decrescentes, pelo que não se rejeita a hipótese da homocedasticidade.

▪ **Auto correlação**

A independência entre as variáveis aleatórias residuais foi testada através do teste Durbin-Watson, que indica um valor de 1.850, valor que pertence a região de aceitação da hipótese nula, pois esta mais próximo de 2, assim conclui-se que não há autocorrelação entre os resíduos (ver a tabela 12, anexo I).

▪ **Multicolinearidade**

O MRLM pressupõe que as variáveis explicativas sejam linearmente independentes, isto é, que não se verifique a multicolinearidade. O método stepwise permite detectar a multicolinearidade pela observação de modificações significativas nos coeficientes estimados (Hair, 2005). Observando a tabela 13 em anexo I, para o modelo em estudo (modelo 4) pode se verificar que, tanto a tolerância e o VIF não sugerem multicolinearidade entre as variáveis envolvidas no modelo, uma vez que os coeficientes de correlação entre as variáveis independentes são inferiores a 0.9 em termos absolutos, e a tolerância é superior a 0.1.

4.3.2 Estimação do Modelo de Regressão

A estimação do modelo foi baseada no processo Stepwise. De acordo com a informação da tabela 13 (anexo I), pode se verificar que na primeira etapa uma única variável (factor) independente “*Desempenho dos médicos*” é utilizada para estimar a equação de regressão, pois é a que tem maior coeficiente de correlação.

Na segunda etapa é adicionado o factor “*Imagem do Hospital*” e a equação de regressão passa a ser estimado por dois factores, a adição do segundo factor ocorre com o aumento do coeficiente de determinação em 13.3% comparativamente ao modelo I.

Na terceira etapa é adicionado o factor “*Processo de adquirir os serviços sanitários*”. O coeficiente de determinação (R^2) aumentou em 3%. Passando deste modo a estimar a equação de regressão com três factores.

Na quarta e última etapa é adicionado o factor “*Qualidade de atendimento ao utente*”, com adição deste factor o R^2 aumentou em 1.29% e os valores dos coeficientes de regressão estimados b_1 , b_2 e b_3 mudaram muito pouco, o que indica a independência dos factores envolvidas no modelo. No entanto o factor “*Tempo de espera*” foi excluído dos resultados por não ser significativa.

Com todos factores significativos, seleccionadas para estimar a equação de regressão tem se o seguinte modelo:

$$Y = -0.17 + 0.391 X_1 + 0.342 X_2 + 0.172 X_3 + 0.122 X_4$$

Onde:

Y → Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde;

X_1 → Desempenho dos médicos;

X_2 → Imagem do hospital;

X_3 → Processo de adquirir os serviços sanitários ;

X_4 → Qualidade de atendimento ao utente.

Na tabela 13 (anexo I), o teste t mostra que os coeficientes do modelo acima são estatisticamente significativo, pois rejeita-se a hipótese dos seus parâmetros serem iguais a zero para todos os níveis de significância. Com relação à análise de variância (ANOVA), o teste geral dos parâmetros F tem associado um nível de significância de 0.000, valor inferior a 0.05 (tabela 15, anexo I), o que leva a rejeição da nulidade dos coeficientes dos parâmetros das variáveis independentes considerados no modelo. Portanto pode-se concluir que há evidências suficientes de que o modelo ajustado serve para descrever a relação entre a variável dependente e as independentes.

O grau de ajuste é de cerca de 0.539, o que revela que os quatro (4) factores do modelo, juntos explicam 53.9% da variação total na satisfação com qualidade dos serviços prestados pelo hospital (tabela 12, anexo I). Os sinais dos coeficientes de todas as variáveis do modelo são positivos o que permitiu concluir que o modelo é racional visto que quando uma das variáveis aumenta, a satisfação com a qualidade dos serviços de saúde aumenta.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÕES

Em conformidade com os objectivos e as variáveis considerados no presente trabalho conclui-se que:

- O perfil dos utentes entrevistados demonstra que a maioria das pessoas utilizou mais de cinco vezes os serviços de saúde do hospital, a maior faixa etária, 40.3% concentram-se entre os 31 e os 40 anos de idade, em relação ao grau de escolaridade, percebe-se que cerca de 66.5% possuem pelo menos o nível básico e 68% do total declararam ser solteiros.
- A definição do nível de qualidade ou da percepção da qualidade, sob a óptica do utente, constitui um item importante na gestão de serviços, visto que esse conceito exige uma experiência anterior com o serviço a partir de relações passadas, comunicações de terceiro, necessidades e desejos pessoais, entre outros factores, desenvolvem as expectativas predicativas e o nível de atendimento dessas expectativas é que vai definir a percepção de qualidade do utente e a sua satisfação.
- A análise factorial identificou cinco (5) factores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, os quais foram designados por: *“Imagem do hospital”*, *“Processo de adquirir os serviços de saúde”*, *“Tempo de espera”*, *“Qualidade de atendimento ao utente”* e *“Desempenho dos médicos”*.
- Os principais factores que contribuem significativamente na **satisfação geral dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde** oferecidos no hospital são: o **desempenho dos médicos**, a **imagem do hospital**, o **processo de adquirir os serviços sanitários** e a **qualidade de atendimento**, pois, são estes factores que compõem o modelo de regressão. Portanto espera-se que qualquer oscilação na percepção do nível desses factores vai

influenciar de forma significativa na satisfação dos utentes sobre a qualidade dos serviços deste hospital.

- De forma geral o modelo estimado explicou em média 53.9% da variação da satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde oferecidos no hospital, sendo que os resultados obtidos foram significativos e contribuem para o avanço nas pesquisas de satisfação dos utentes.

5.2 RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho deixa as seguintes recomendações:

- Que a comissão nacional de bioética para saúde (CNBS), instituição responsável pela admissão de pesquisas na área de saúde facilite a disponibilidades de dados ou informações, para a realização de estudos semelhantes no sector.
- Que nos próximos estudos pode-se buscar avaliar a satisfação do hospital como um todo, adequando o questionário para os serviços de consultas externas, internamentos e de urgências, afim de produzir um grau geral da satisfação sobre as organizações de saúde.
- Que as organizações de saúde direcionem sua atenção nos factores destacados como determinantes na qualidade dos serviços de saúde com o objectivo de quantificar o grau de satisfação dos seus utentes, como um indicativo de resposta para acções em busca da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albrecht, K. (1993). A única Coisa que Importa: Trazendo o Poder do Cliente para dentro da sua Empresa. Livraria Pioneira Editora. São Paulo. Brasil.
2. Andersen, N. R. e Smith, H. (1995). Fornecendo um Super Serviço ao Cliente. Rio de Janeiro: Campus. Brazil.
3. Bolfarine, H. e Bussab W. O. (2005). *Elementos de amostragem*. Editora Blucher São Paulo. Brasil.
4. Berry, L. L. e A. Perasuraman. (1995). Serviços de Marketing. São Paulo: Editora Maltase. Brasil.
5. Comité de Conselheiros (2003). Agenda 2025: Visão e Estratégias da Nação. Maputo. Moçambique.
6. Cianciarullo, T. I., Gualda D. M.R., M. M. Melleiro. (1998). Indicadores de Qualidade: uma Abordagem Perinatal. São Paulo: Ícone. Brazil.
7. de Fekete, M. C. (1999). Sistema de Incentivo como Instrumentos de Gestão. Dissertação de Mestrado. 13 pp. UEL.
8. de Miguel A. (2002). Determinantes da Satisfação de Clientes com os Serviços Bancários em Belo Horizonte/MG. Dissertação de Mestrado. 36 pp. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.
9. de Mattiello A. (2001). Factores da Satisfação com Atendimento Bancário Dispensado aos Clientes Especiais do Banco do Brasil em Campo Grande - Ms. Dissertação de Mestrado. 72 pp. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

10. de Pinheiro, I. N. (2003). Gestão de satisfação e Fidelidade do Cliente: um estudo dos factores afectam a satisfação e a fidelidade dos compradores de automóveis. Dissertação de Mestrado — Centro de tecnologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
11. Estratégia de Cooperação da OMS com a Republica de Moçambique 2004-2008.
12. Giancesi, I. G. N. e Corrêa, H. L. (1994). Administração Estrategica de serviços: Operações para a Satisfação do Cliente. São Paulo. Editora Atlas. Brazil.
13. Giancesi, I. G. N. e Corrêa, H. L. (1996). Administração Estrategica de serviços: Operações para a Satisfação do Cliente. São Paulo. Editora Atlas. Brazil.
14. Gil, A. C. (1999). Métodos e tecnicas de pesquisa Social. 3ª Edição. São Paulo: Atlas. Brazil.
15. Hair, Joseph, et al. (1998). Multivariate Data Analysis. 5ª Edição. Prentice-Hall. New Jersey. EUA.
16. Hill, M. e A. Hill (2005). Investigação por Questionário. 2ª Edição. Lisboa. Portugal.
17. Horr, L. (1989). Auditoria em Enfermagem. In: ciclo nacional de administração em enfermagem. pp. 36.
18. Johnson, Cha, et al. (2001). The evolution and future of national customer satisfaction index models. Journal of Economic Psychology, v. 22.
19. Johnston, R. e Clark, G. (2002). Administração de Operações de Serviços. São Paulo: Editora Atlas. Brazil.

20. Kotler, P. Armstrong (1998). Administração de Marketing Analise, Planeamento, Implementação e Controle. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas. Brasil.
21. Kotler, P. (1998). Administração de Marketing: Analise, Planeamento, Implementação e Controle. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas. Brasil.
22. Lovelock, C. e Wright, L. (2001). Serviços: Marketing e Gestão. São Paulo: Saraiva. Brasil.
23. Marchetti R. e P. Prado (2001). Um Tour Pelas Medidas de Satisfação do Consumidor. Revista de Administração de Empresas. 41 (4): 56-67.
24. Mattar, R. de Cássia (2002). Nível de Satisfação dos Consumidores Quanto ao Atendimento no Hospital Unimed de Capivara — São Paulo. Dissertação de Mestrado. MG. Brasil.
25. Mcdaniel, C, R. Gates (2004). Pesquisa de Marketing. 2ª Edição. São Paulo. Brasil.
26. Ministério da saúde (2001). Plano Estratégico do Sector Saúde. (PESS)- 2001- 2005- (2010). pp. 58
27. Ministério da Saúde (2006). Proposta do Plano Económico e Social 2007: Sector Saúde. pp. 55.
28. Oliver, R. L. (1996). Processing of the satisfaction response in consumption: a suggest framework and research propositions. Journal of Consumer satisfaction/dissatisfaction and complaining behavior, v. 2.
29. Paladini, E. P. (2002). Avaliação Estratégica da qualidade. São Paulo: Atlas. Brasil.

30. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. Journal of Marketing, v. 49.
31. Pestana, Maria H., J. N. Gageiro (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS. 2ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa. Portugal.
32. Pestana, Maria H., J. N. Gageiro (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS. 2ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa. Portugal.
33. Reis, E. (2001). Estatística Multivariada. 6ª Edição. Lisboa. Portugal.
34. Silva, M. I. P. (1996). Comunicação tem Remédio. 2ª Edição. São Paulo: Gente. Brasil.
35. Triola, M. F. (1999). Introdução à Estatística. 2ª Edição. Rio de Janeiro: LTC. Brasil.
36. Zonon, U. (2001). Qualidade de Assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão de indicadores de Qualidade. Rio de Janeiro: Editora Medsi. Brasil

ANEXO I

Tabela 1: Número de Factores Retidos no Grupo B

Component	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.117	62.346	62.346	3.117	62.346	62.346
2	.679	13.579	75.925			
3	.555	11.097	87.022			
4	.371	7.411	94.434			
5	.278	5.566	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 2: Perfil de Satisfação com Imagem do Hospital

	Condições da sala de espera do hospital quanto a limpeza e conforto	Limpeza e higiene no gabinete de consulta	Proteção e privacidade do utente no gabinete de consulta	A inovação e tecnologias presentes no hospital	Condições da limpeza do hospital em geral
	%	%	%	%	%
Insatisfeito	18.4%	4.6%		10.2%	
Indiferente	12.8%	31.5%	29.5%	26.9%	22.3%
Satisfeito	52.8%	57.0%	56.1%	62.6%	72.8%
Muito Insatisfeito	16.1%	6.9%	14.4%	.3%	4.9%

Tabela 3: Número de Factores Retidos no Grupo C

Total Variance Explained

Componer	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.218	45.975	45.975	3.218	45.975	45.975	2.550	36.422	36.422
2	1.283	18.326	64.301	1.283	18.326	64.301	1.952	27.880	64.301
3	.943	13.465	77.766						
4	.550	7.850	85.617						
5	.506	7.235	92.852						
6	.403	5.759	98.610						
7	.097	1.390	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 4: Perfil de Satisfação com PASS e TE

	Qualidade de atendimento na recepção	Explicação dos funcionários administrativos sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários	Horário de atendimento	Procedimentos em geral para a marcação da consulta	Tempo em que aguarda na sala de espera para ser atendido	Tempo de espera entre a marcação da consulta e o dia para ser atendido	tempo que fica a espera para obter os resultados dos exames
	%	%	%	%	%	%	%
Insatisfeito	33.4%	29.2%	2.0%	4.3%	9.2%	19.3%	1.0%
Indiferente	41.0%	43.0%	35.7%	34.1%	32.1%	48.9%	46.9%
Satisfeito	25.6%	27.9%	62.3%	61.6%	58.7%	31.8%	52.1%

Tabela 5: Número de Factores retidos no Grupo D

Component	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.639	65.970	65.970	2.639	65.970	65.970
2	.759	18.966	84.936			
3	.335	8.367	93.303			
4	.268	6.697	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 6: Perfil com Qualidade de Atendimento ao Utente

	A capacidade de prestar os serviços prometido de modo confiável e com precisão	A disposição de atender, ajudar o utente e proporcionar um serviço rápido	Atenção, carinho e respeito proporcionado ao utente pelos técnicos de saúde	Simpatia e habilidades demonstrado pelos técnicos de saúde
	%	%	%	%
Insatisfeito	27.5%	38.0%	9.2%	2.6%
Indiferente	34.8%	38.0%	37.7%	40.7%
Satisfeito	37.7%	23.9%	53.1%	56.7%

Tabela 7: Número de Factores retidos no Grupo E

Component	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.751	62.510	62.510	3.751	62.510	62.510
2	.711	11.844	74.353			
3	.525	8.742	83.095			
4	.441	7.353	90.448			
5	.354	5.905	96.353			
6	.219	3.647	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Gráfico 8: Perfil com Desempenho dos Médicos

	Atenção e disponibilidade demonstrado pelos médicos	A explicação dada pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames a realizar	A informação fornecido pelos médicos sobre os cuidados e práticas a seguir a pois a consulta	A rapidez dos médicos nos momentos de necessidade	Copetencia e profissionalismo dos médicos	Qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos médicos
	%	%	%	%	%	%
Muito Insatisfeito				10.2%		.3%
Insatisfeito	21.6%	16.7%	24.6%	55.4%	10.2%	28.9%
Indiferente	42.3%	46.2%	43.9%	34.4%	62.0%	38.7%
Satisfeito	36.1%	36.7%	30.5%		27.2%	32.1%
Muito Satisfeito		.3%	1.0%		.7%	

Tabela 9: Número de Factores retidos no Grupo F

Component	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.858	61.918	61.918	1.858	61.918	61.918
2	.876	29.203	91.121			
3	.266	8.879	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabela 10: Perfil com Qualidade dos Serviços de Saúde

	Variedade dos serviços existentes no hospital	Resultados do seu tratamento	Qualidade dos serviços oferecido pelo hospital em geral
	%	%	%
	Muito Insatisfeito		1.6%
Insatisfeito		32.1%	38.0%
Indiferente	13.8%	15.1%	14.4%
Satisfeito	52.8%	51.1%	47.5%
Muito Satisfeito	33.4%		



Figura 1: Diagrama de Dispersão do Factor SAT_IH

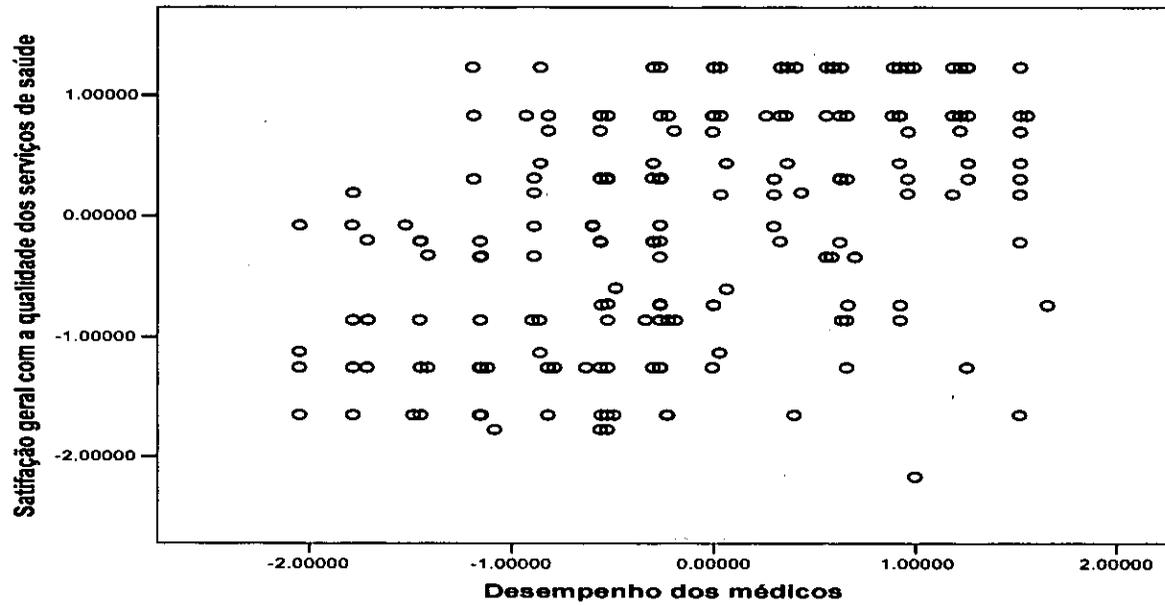


Figura 2: Diagrama de Dispersão do Factor SAT_PASS

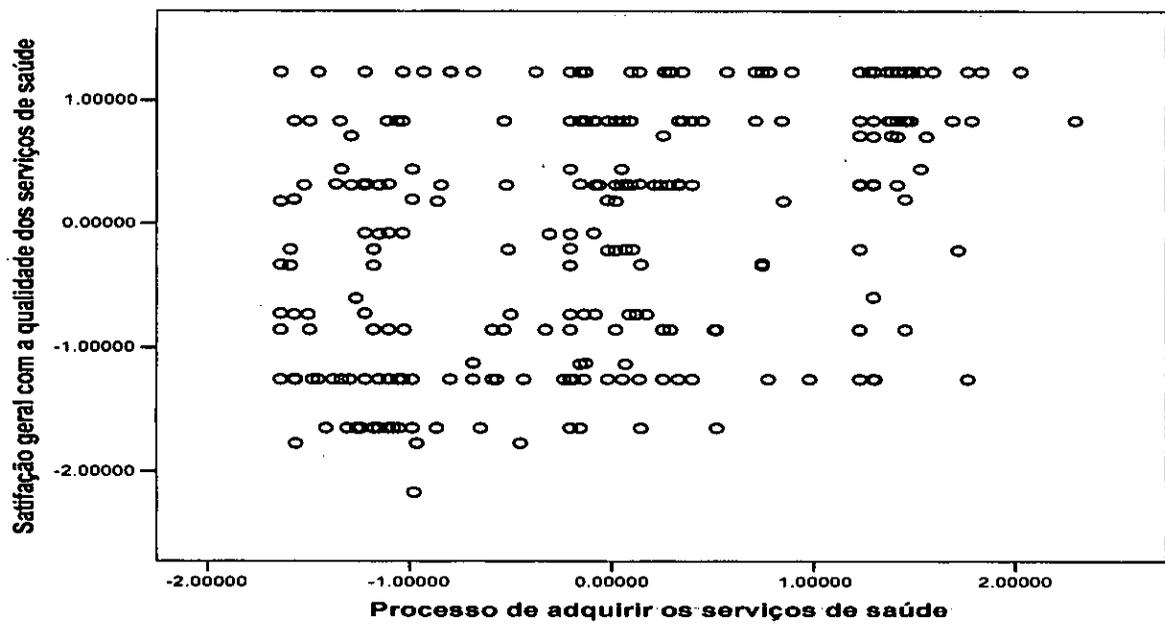


Figura 3: Diagrama de Dispersão do Factor SAT_TE

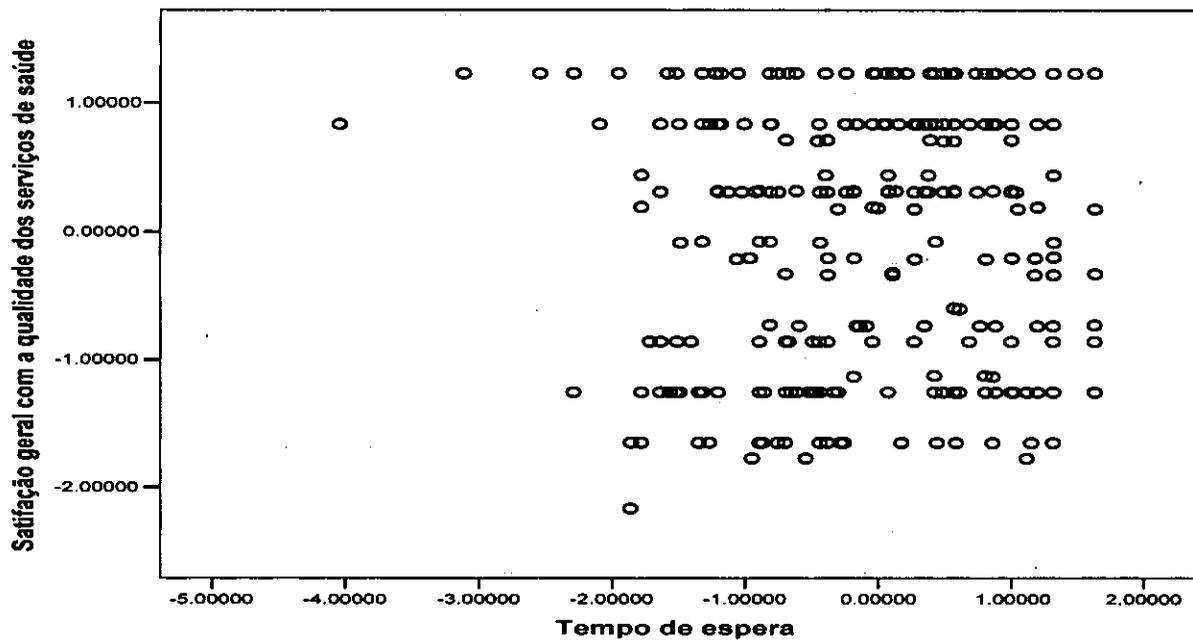


Figura 4: Diagrama de Dispersão do Factor SAT_QAU

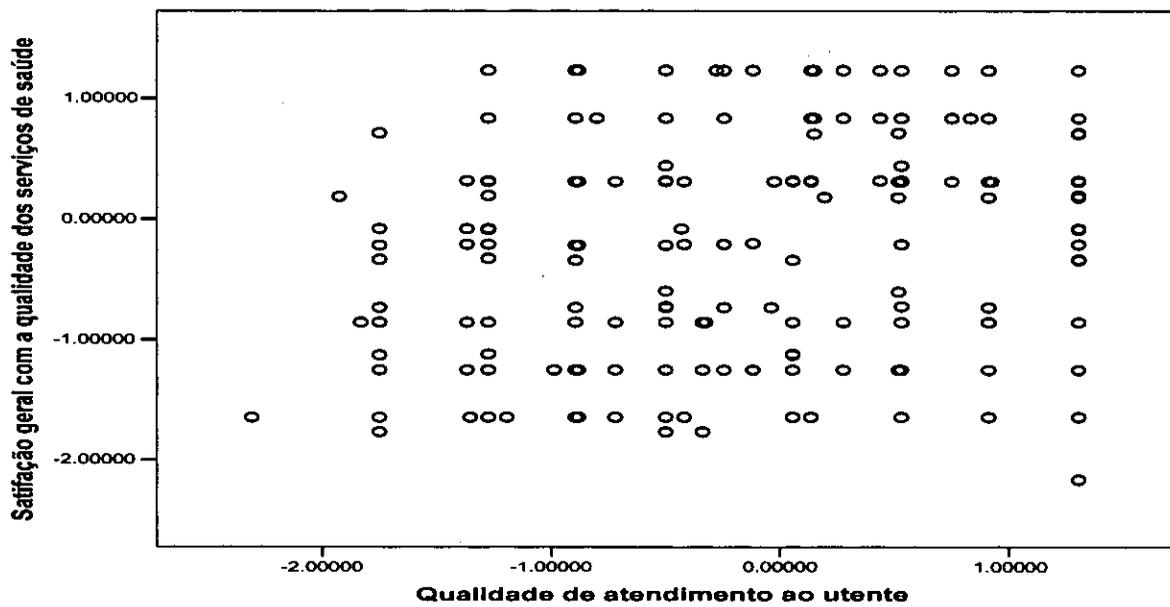


Figura 5: Diagrama de Dispersão do Factor SAT_DM

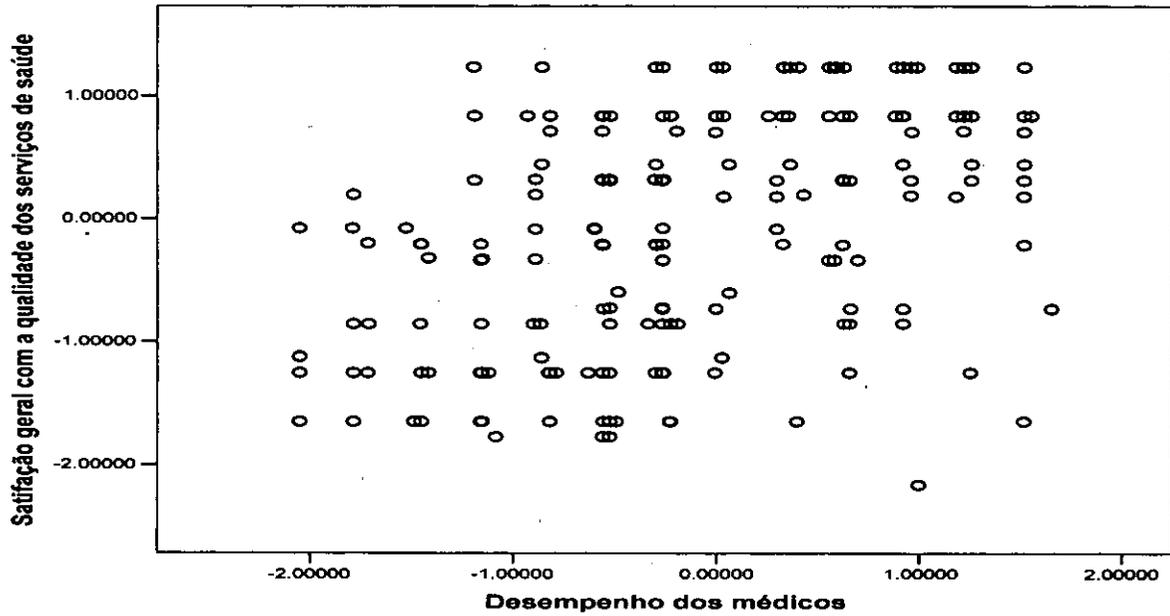


Figura 6: Diagrama de Dispersão dos Resíduos

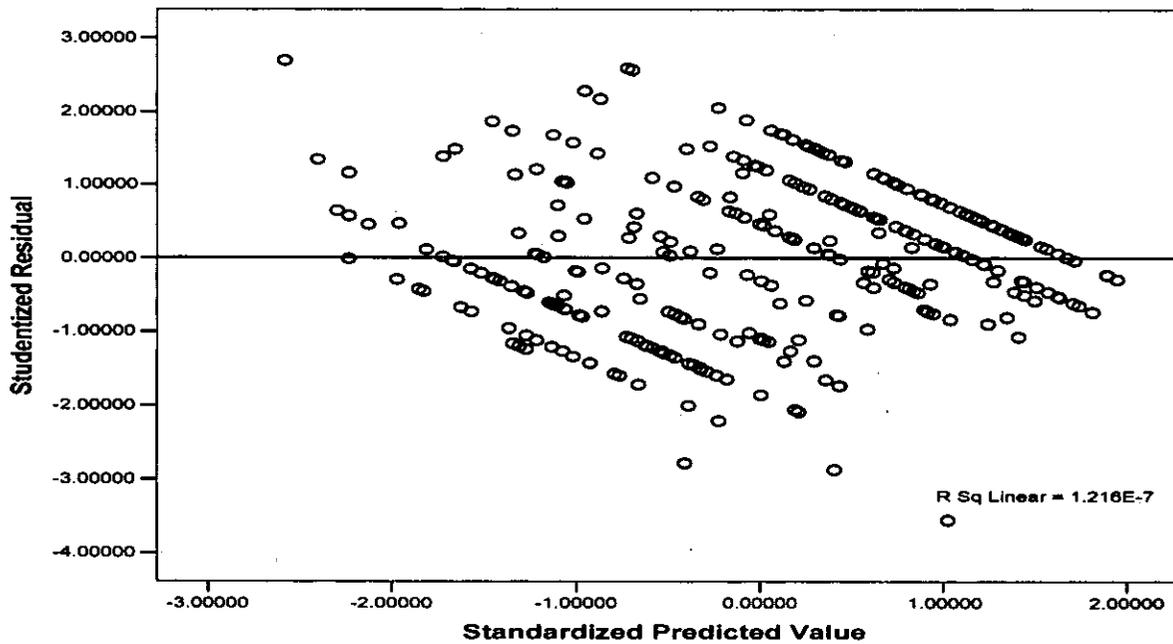


Tabela 11: Teste de Normalidade

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde	.162	305	.000	.892	305	.000
Qualidade de atendimento ao utente	.137	305	.000	.920	305	.000
Imagem do hospital	.223	305	.000	.910	305	.000
Desempenho dos médicos	.124	305	.000	.951	305	.000
Tempo de espera	.092	305	.000	.958	305	.000
Processo de adquirir os serviços de saúde	.136	305	.000	.944	305	.000

^a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 12: Estatísticas dos Modelos da ARM

Model Summary ^e					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.603 ^a	.364	.362	.79878703	
2	.705 ^b	.496	.493	.71204248	
3	.726 ^c	.527	.522	.69140019	
4	.734 ^d	.539	.533	.68344123	1.850

^a. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos

^b. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital

^c. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital, Processo de adquirir os serviços de saúde

^d. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital, Processo de adquirir os serviços de saúde, Qualidade de atendimento ao utente

^e. Dependent Variable: Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CASO: HOSPITAL GERAL DE MAVALANE

Tabela 13: coeficientes do Modelo e Estatísticas da Multicolinearidade

		Coefficients ^a					Collinearity Statistics	
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
		B	Std. Error	Beta				
1	(Constant)	-2.28E-016	.046		.000	1.000		
	Desempenho dos médicos	.603	.046	.603	13.170	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	-1.60E-016	.041		.000	1.000		
	Desempenho dos médicos	.481	.043	.481	11.168	.000	.899	1.113
	Imagem do hospital	.384	.043	.384	8.906	.000	.899	1.113
3	(Constant)	-7.83E-017	.040		.000	1.000		
	Desempenho dos médicos	.425	.044	.425	9.730	.000	.823	1.215
	Imagem do hospital	.358	.042	.358	8.473	.000	.881	1.135
	Processo de adquirir os serviços de saúde	.187	.043	.187	4.393	.000	.866	1.155
4	(Constant)	-7.32E-017	.039		.000	1.000		
	Desempenho dos médicos	.391	.045	.391	8.725	.000	.764	1.309
	Imagem do hospital	.342	.042	.342	8.113	.000	.865	1.156
	Processo de adquirir os serviços de saúde	.172	.042	.172	4.041	.000	.852	1.174
	Qualidade de atendimento ao utente	.122	.043	.122	2.837	.005	.833	1.201

^a Dependent Variable: Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
CASO: HOSPITAL GERAL DE MAVALANE

Tabela 14: Estatísticas do teste F

ANOVA ^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	110.668	1	110.668	173.444	.000 ^b
	Residual	193.332	303	.638		
	Total	304.000	304			
2	Regression	150.885	2	75.442	148.800	.000 ^b
	Residual	153.115	302	.507		
	Total	304.000	304			
3	Regression	160.112	3	53.371	111.646	.000 ^c
	Residual	143.888	301	.478		
	Total	304.000	304			
4	Regression	163.872	4	40.968	87.709	.000 ^d
	Residual	140.128	300	.467		
	Total	304.000	304			

a. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos

b. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital

c. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital, Processo de adquirir os serviços de saúde

d. Predictors: (Constant), Desempenho dos médicos, Imagem do hospital, Processo de adquirir os serviços de saúde, Qualidade de atendimento ao utente

e. Dependent Variable: Satisfação geral com a qualidade dos serviços de saúde

ANEXO II

Satisfação do Utente Sobre A qualidade dos Serviços de Saúde

O presente inquérito pretende recolher informações sobre a percepção da qualidade dos serviços sanitários oferecidos pelo hospital Geral de Mavalane, com objectivo de avaliar a satisfação dos seus utentes. Os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas para fins académicos, agradecendo assim a sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribui para a formação e para a construção de conhecimentos nesta área.

GROPO A: CARACTERIZACAO DO UTENTE.

A1. Sexo:

1. () Masculino 2. () Feminino

A2. Definição da faixa etária:

1. () Menos de 21 anos
2. () 21 a 30 anos
3. () 31 a 40 anos
4. () 41 a 50 anos
5. () 51 a 60 anos
6. () mais de 60 anos

A3. Nível de escolaridade concluído:

1. () sem escolaridade
2. () alfabetização
3. () EP1
4. () EP2
5. () ESG1/Básico
6. () ESG2/Médio
7. () Superior

A4. Qual é o seu estado civil:

1. () solteiro (a) 3. () separado (a) 5. () viúvo (a)
2. () casado (a) 4. () divorciado (a)

A5. Quantas vezes visitou o hospital nos últimos 12 meses:

1. () Menos de cinco 2. () cinco a dez 3. () Mais de dez

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS PELOS UTENTES

Como o utente, avalia os serviços oferecidos pelo hospital.

Nota: cada uma das afirmações, esta a acompanhada de uma escala de 5 pontos , a qual oferece um ponto de quebra, isto é, nem satisfeito nem insatisfeito (=3), com dois pontos extremos: um, caracterizando o estado de total satisfação (=5) e, outro, um estado de total insatisfação (=1).

Grupo B: Satisfação com Aparência Física do Hospital	Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito	
	1	2	3	4	5
1. Condições da sala de espera do hospital quanto a limpeza e conforto	1	2	3	4	5
2. Limpeza e higiene no gabinete de consulta	1	2	3	4	5
3. Protecção e privacidade do utente no gabinete de consulta	1	2	3	4	5
4. A inovação e tecnologias patentes no hospital	1	2	3	4	5
5. Condições da limpeza do hospital em geral	1	2	3	4	5

Grupo C: Satisfação com o Processo de Admissão	Muito Insatisfeito.			Muito Satisfeito	
	1	2	3	4	5
1. Qualidade de atendimento na recepção	1	2	3	4	5
2. Explicação dos funcionários administrativos sobre os procedimentos de adquirir os serviços sanitários	1	2	3	4	5
3. Horário de atendimento	1	2	3	4	5
4. Procedimentos em geral para a marcação da consulta	1	2	3	4	5
5. Tempo em que aguarda na sala de espera para ser atendido	1	2	3	4	5
6. Tempo de espera entre a marcação da consulta e dia para ser atendido	1	2	3	4	5
7. Tempo que fica a espera para obter os resultados dos exames	1	2	3	4	5

Grupo D: Satisfação com competência e Habilidade dos T.S.	Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito	
	1	2	3	4	5
1. A capacidade de prestar os serviços prometido de modo confiável e com precisão	1	2	3	4	5
2. A disposição de atender, ajudar e proporcionar um serviço rápido ao utente	1	2	3	4	5
3. A tenção, carinho e respeito proporcionado ao utente	1	2	3	4	5
4. Simpatia e habilidades demonstradas pelos técnicos da saúde	1	2	3	4	5

Grupo E: Satisfação com Desempenho do Médicos	Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito	
	1	2	3	4	5
1. Atendimento realizado pelos médicos	1	2	3	4	5
2. A explicação dada pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e os exames a realizar	1	2	3	4	5
3. A informação fornecida pelos médicos sobre os cuidados e praticas a seguir a pois a consulta	1	2	3	4	5
4. A rapidez dos médicos nos momentos de necessidade	1	2	3	4	5
5. Competência e profissionalismo dos médicos	1	2	3	4	5

Grupo F: Satisfação Geral com a Qualidade dos Serviços de Saúde	Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito	
	1	2	3	4	5
1. Variedade dos serviços existentes no hospital	1	2	3	4	5
2. Qualidade dos Serviços de saúde oferecidos pelo hospital	1	2	3	4	5
3. Resultados do seu tratamento	1	2	3	4	5

Terminar e agradecer