

Faculdade de Economia

Da Universidade de Coimbra



***Valores Pessoais e a Qualidade dos Serviços: Um Estudo com
Utentes do Serviço de Urgência Hospitalar***

Carla Mónica Trindade Duarte

Mestrado em Estratégia Empresarial

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Coimbra, 2009

Faculdade de Economia

Da Universidade de Coimbra



***Valores Pessoais e a Qualidade dos Serviços: Um Estudo com
Utentes do Serviço de Urgência Hospitalar***

Carla Mónica Trindade Duarte

Mestrado em Estratégia Empresarial

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre

Orientador:

Professor Doutor Filipe Coelho

Co-orientador:

Professor Doutor Carlos Sousa

Coimbra, 2009

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é essencialmente o fruto da dedicação, do empenho e da minha coragem em assumir mais um desafio pessoal que em muito contribuiu para a minha formação académica e espiritual. Este trabalho não seria, porém, viável nem exequível se não tivesse o apoio e a preciosa ajuda de inúmeras pessoas às quais aproveito o momento para prestar o meu sincero agradecimento:

Ao Professor Doutor Filipe Coelho, meu orientador, dirijo o mais honesto agradecimento, acima de tudo pela sua disponibilidade em qualquer momento, em qualquer lugar, pelo seu apoio, pela sua preciosa ajuda, orientação, que em muito contribuíram para a mais-valia que constituiu a realização deste trabalho, a aquisição de novos saberes;

Ao Professor Doutor Carlos Sousa que, não obstante se encontrar geograficamente distante, manteve perto a luz das suas ideias e sugestões para abrilhantar a minha dissertação;

A todos os professores e coordenadores do Mestrado em Estratégia Empresarial, pela forma brilhante e inovadora que encontraram de tornar este mestrado num curso aprazível e inteligente, e que com certeza contribuiu para formar os novos líderes do mercado;

Ao Presidente do Conselho de Administração e ao Director do Serviço de Urgência do hospital onde foram realizados os inquéritos pela facilidade de acesso aos dados e pela compreensão da necessidade e pertinência da realização deste trabalho de investigação;

Aos utentes do Serviço de Urgência do hospital gostaria de deixar um especial agradecimento pela colaboração no preenchimento dos questionários, ainda que o estado de saúde débil em que se encontravam não proporcionasse a tolerância suficiente para prestar a sua colaboração;

A todos os funcionários do secretariado do Serviço de Urgência, em especial à Cristina Ribeiro, pela sua preciosa ajuda na distribuição dos questionários e pelo seu empenho na recolha dos dados;

Às minhas queridas amigas e colegas do Mestrado em Estratégia Empresarial, Lurdes e Ana Pinto, pelo sentimento de inter-ajuda e cooperação, valores raros nos tempos que correm, e especialmente pela amizade incondicional que construímos durante o curso;

À minha família, em especial ao meu pai e à minha mãe, que tornaram a possível a frequência deste mestrado; ao meu namorado, fonte do meu incentivo e esperança na finalização da dissertação; e ao meu querido filho Alexandre, que nasceu no decurso do mestrado, mas depressa se tornou no estímulo de toda a minha vida pessoal, profissional e académica.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL	III
ÍNDICE DE TABELAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
SIGLAS E ABREVIATURAS	XI
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 Apresentação, Relevância e Actualidade do Tema	1
1.2 Objectivo e Metodologia da Investigação	3
1.3 Estrutura do Trabalho de Investigação	4
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 Introdução	5
2.2 Valores Pessoais – Definição e Relevância do Conceito	6
2.3 Teoria Universal de Schwartz	12
2.3.1 Natureza das Relações de Valores	13
2.3.2 Estrutura das Relações de Valores	23
2.4 Avaliação Empírica e Validação da Teoria de Valores	30
2.5 Qualidade em Serviços de Saúde	34
2.5.1 Especificidades dos Serviços	35
2.5.2 Medição da Qualidade em Serviços	36
2.5.3 O Modelo dos Hiatos da Qualidade em Serviços	41
2.5.4 Discussão em torno do SERVQUAL	43
2.5.5 Caracterização e Medição da Qualidade em Serviços de Saúde	46
2.6 Conclusão	47
CAPÍTULO 3 – QUADRO CONCEPTUAL DE INVESTIGAÇÃO	49
3.1 Introdução	49
3.2 Objectivos e Hipóteses de Investigação	49

3.3	Recolha de Dados	54
3.4	Definição e Caracterização da Amostra	55
3.5	O Questionário e as Medida das Variáveis	60
3.6	Constituição Final das Variáveis	68
3.7	Conclusão	73
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		74
4.1	Introdução	74
4.2	Análise Correlacional	74
4.3	Regressão Linear Múltipla	77
4.4	Discussão dos Resultados	83
4.4.1	Tangibilidade	83
4.4.2	Fiabilidade	86
4.4.3	Competência/Profissionalismo	88
4.4.4	Empatia	91
4.4.5	Eficácia dos Serviços Clínicos	93
4.4.6	Prontidão	95
4.5	Conclusão	97
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS		98
5.1	Introdução	98
5.2	Implicações para os Gestores	101
5.3	Limitações do Trabalho e Orientações para Trabalhos Futuros	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		105
ANEXO		115

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos Motivacionais e Objectivos Motivacionais/Valores que os Representam.....	17
Tabela 2 – Dimensões da Qualidade.....	39
Tabela 3 – Constituição Final das Variáveis.....	70
Tabela 4 – Matriz das Correlações das Variáveis da Qualidade e dos Valores Pessoais.....	76
Tabela 5 – Tangibilidade e Valores Pessoais.....	78
Tabela 6 – Fiabilidade e Valores Pessoais.....	79
Tabela 7 – Competência/Profissionalismo e Valores Pessoais.....	80
Tabela 8 – Empatia e Valores Pessoais.....	81
Tabela 9 – Eficácia dos Serviços Clínicos e Valores Pessoais.....	81
Tabela 10 – Prontidão e Valores Pessoais.....	82
Tabela 11 – Síntese de Resultados: Tangibilidade.....	84
Tabela 12 – Síntese de Resultados: Fiabilidade.....	87
Tabela 13 – Síntese de Resultados: Competência/Profissionalismo.....	89
Tabela 14 – Síntese de Resultados: Empatia.....	91
Tabela 15 – Síntese de Resultados: Eficácia dos Serviços Clínicos.....	93
Tabela 16 – Síntese de Resultados: Prontidão.....	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Teórico das Relações entre os Tipos Motivacionais de Valores e Dimensões Bipolares de Valores.....	26
Figura 2 – Modelo de Hiatos da Qualidade de Serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Origem da Urgência	58
Gráfico 2 – Motivo da Urgência.	59
Gráfico 3 – Sistema de Triagem de Manchester.....	59
Gráfico 4 – Classificação da Triagem de Manchester.....	60

RESUMO

Cada indivíduo é detentor de um conjunto de valores pessoais que variam em termos de importância relativa. Essencialmente, os valores podem ser definidos como objectivos desejáveis, que variam na sua importância enquanto princípios orientadores da vida, formando um sistema de prioridades axiológicas do indivíduo.

Estes valores são a razão de ser dos nossos comportamentos, das nossas atitudes, e fundamento da nossa existência. Pela sua subjectividade, poderemos, assim, considerar que um valor em particular pode ser fundamental para a existência de uma pessoa enquanto tal, e ser dispensável para outra.

Não é, porém, despicienda de fundamento empírico a afirmação de que é possível obter um conjunto de valores pessoais comum a todos os indivíduos pelo que, como tal, podemos organizar um leque estável de valores considerados como universais e inerentes a todos os indivíduos, em qualquer sociedade, independentemente da sua cultura.

A relação e o impacto deste conjunto de valores universais definido por Schwartz nas acções, comportamentos ou na forma como são apercebidas certas e determinadas situações, têm sido amplamente estudados e analisados na literatura existente.

Considerando que os serviços de saúde têm sofrido profundas mudanças nos últimos anos e que uma maior competitividade no sector da saúde favorece desde logo o cumprimento dos três objectivos primordiais de aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e redução de custos, é possível assumir que as organizações de saúde, para serem bem sucedidas, ou mesmo com vista à sua sobrevivência, necessitam de saber quais as dimensões que devem ser valorizadas em termos da aceção de um serviço prestado com qualidade.

O nosso estudo empírico visa, assim, aferir da influência dos valores pessoais dos utentes dos serviços de saúde na forma como eles avaliam a importância das várias dimensões da qualidade do serviço prestado pelas organizações.

Neste sentido, foram obtidos 187 questionários válidos junto dos utentes de um serviço de urgência de uma unidade hospitalar.

Pela análise dos resultados, foi possível concluir que os valores pessoais estão relacionados com a importância que os utentes atribuem a seis das sete dimensões da qualidade em serviços de saúde (tangibilidade, fiabilidade, competência/profissionalismo, empatia, eficácia dos serviços clínicos e prontidão). Apenas para a dimensão confiança não foram obtidos quaisquer resultados na análise correlacional ou de regressão linear que permitissem relacionar os valores pessoais com esta dimensão.

Palavras-chave: Valores Pessoais; Teoria de Valores; Qualidade de Serviços; SERVQUAL; Serviços de Saúde

ABSTRACT

Each individual detains a set of personal values which vary in terms of relative importance. Basically, values may be defined as desired goals which vary in importance in guiding life, building altogether a system composed by axiological priorities of each individual.

These values are the reason for one's behaviors, attitudes and the fundamental essence of one's own existence. By their subjectivity, we can consider that a particular value may be fundamental to the existence of one person, and be dispensable for another.

Notwithstanding, it is possible to obtain a set of personal values common to all individuals in such a way that we can organise a stable set of values regarded as universal and inherent to all individuals in every society, no matter its culture.

The impact of the set of universal values defined by Schwartz in people's actions and behaviors or even in the way certain situations are perceived, have been profoundly researched in the literature.

Considering that health care services have undergone relevant and deep changes over the past few years and that a larger competitiveness in the health sector favours three main primary objectives, namely to increase the quality of health care services provided to patients, improve the access to health care services, and reduce costs, it is possible to assume that health care institutions, in order to be successful or even to be able to survive, need to know and understand which dimensions to value in terms of service quality.

In this vein, our empirical study investigates the influence of the patients' personal values in the importance they attach to the different dimensions of service quality.

In order to accomplish this task, 187 questionnaires were obtained from patients who attended an E.R. in a hospital.

After analysing the results, we were able to conclude that personal values are related to the importance patients grant to six of the seven quality dimensions in health care services

(tangibility, reliability, competence/professionalism, empathy, efficiency of the clinical services and promptness). In this study only the 'trust' dimension was not related to any of the personal values.

Keywords: Personal Values; Theory of Values; Quality of Services; SERVQUAL; Health Care Services

SIGLAS E ABREVIATURAS

PVQ – *Portrait Values Questionnaire*

RVS – *Rokeach Value Survey*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SSA – *Smallest Space Analysis*

SVS – *Schwartz Value Survey*

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

“Virtually all people refer at one time or another to their own values or to the Values that characterize other people or groups. In using the term values, They mean something similar to conceptions of the desirable that Influence the way people select action and evaluate events”

Schwartz e Bilsky, 1987

1.1 Apresentação, Relevância e Actualidade do Tema

O conceito de valor deve assumir um papel privilegiado quando pensamos na essência dos nossos comportamentos, no fundamento das nossas acções. Mais do que impulsos ou actos racionais, as acções ou a forma de agir perante determinada situação é, desde logo, condicionada, consciente ou inconscientemente, por factores exógenos ou endógenos. Os valores humanos ou pessoais, concebidos como objectivos desejáveis que orientam a vida de todo e qualquer indivíduo, contribuem para que em determinado comportamento esteja inerente um sistema de prioridades axiológicas do indivíduo (Schwartz, 1992).

Schwartz (2005a), um dos mais referenciados autores em matéria de valores humanos, considera que os valores pessoais orientam e influenciam o comportamento humano de acordo com quatro premissas fundamentais: os valores influenciam o comportamento se forem activados; os valores humanos, à semelhança das necessidades, induzem um poder atractivo sobre as acções; os valores influenciam a percepção e interpretação das situações e os valores influenciam o planeamento das acções, no sentido de que, quanto maior for a prioridade dada a um valor, melhor será o planeamento das acções, que encontra a sua expressão no comportamento das pessoas perante uma situação específica.

A teoria de valores de Schwartz descreve aspectos da estrutura psicológica humana tidos por fundamentais enquanto critérios presumivelmente comuns a toda a humanidade, ou seja, apesar

de os valores serem individuais e terem a importância relativa que cada indivíduo lhes dá, de acordo com o seu sistema de prioridades axiológicas e em função das circunstâncias da situação específica, é possível encontrar em todos os indivíduos um conjunto estável de valores aceite por todos, independentemente da cultura, do país, enfim, da heterogeneidade das populações (Schwartz e Bilsky, 1987).

Vários estudos apontam para a existência de uma relação positiva entre os valores pessoais e determinados comportamentos ou valorações de situações específicas, tais como contribuição para instituições de caridade (Manzer e Miller, 1978), tratamento dos *mass media* (Becker e Connor, 1981; Rokeach e Ball-Rokeach, 1989), comportamento religioso (Feather, 1984), hábitos de consumo de tabaco (Grube *et al.*, 1984), dependência de drogas (Toler, 1975), inclinação política e racismo (Rokeach, 1973), comportamento do consumidor (Kamakura e Novak, 1992; Steenkamp *et al.*, 1999), participação em movimentos sociais (Feather e Newton, 1982), procura de emprego (Feather e O'Brien, 1987), escolha de cursos universitários (Feather, 1988), desempenho de vendedores, empenho organizacional e motivação (Dubinsky *et al.*, 1997) ou criatividade dos empregados (Rice, 2006).

Na sequência dos extensos trabalhos de investigação que têm sido desenvolvidos sob o espectro da existência de uma relação positiva entre os valores pessoais e determinados comportamentos ou atitudes dos indivíduos, procuramos, com este estudo empírico, alargar o âmbito de investigação na matéria, relacionando os valores humanos com a importância que os utentes atribuem à qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes de um determinado hospital público.

A qualidade dos serviços, concebida como a diferença entre o desempenho percebido do serviço e o grau de expectativa do mesmo (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985) e, por inerência, a satisfação dos utentes com os serviços que lhes são prestados, é um factor cada vez mais importante para a garantia do desempenho positivo e até mesmo da sobrevivência das organizações (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988), designadamente pela forte intangibilidade que caracteriza este sector (Prabhakaran, 2003).

É crucial compreender as percepções da qualidade dos serviços de saúde para um melhor planeamento do sistema de prestação de cuidados ao utente. Por outro lado, tendo em conta as características e valorações dos utentes da área de influência de uma instituição de saúde, é possível

definir as prioridades de actuação no sentido de promover a satisfação das necessidades dos utentes e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços de saúde.

Acrescendo à carência de estudos que relacionem os valores pessoais e as percepções da qualidade dos serviços de saúde, temos também que as conclusões da nossa investigação poderão contribuir para a definição das políticas de intervenção dos hospitais com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos seus utentes.

1.2 Objectivo e Metodologia da Investigação

Tendo em conta, como já foi referido, a vasta investigação que tem sido desenvolvida em vários sectores sócio-económicos no sentido de se estabelecer uma relação entre os valores pessoais e diversas acções ou comportamentos por estes influenciadas, tal como teria sido previsto pelo fundador da teoria dos valores pessoais – Schwartz, procuramos através deste trabalho estabelecer a ponte entre os valores humanos e a importância que os indivíduos atribuem a diferentes dimensões da qualidade do serviço.

Na medida em que os utentes possuem perspectivas diferentes da forma como os serviços de saúde devem ser prestados, é de parecer que se deva estabelecer uma relação de causalidade entre o sistema axiológico de cada indivíduo, cuja activação por cada pessoa varia em grau e importância e depende do enquadramento da situação em causa, e a importância dada a vários critérios de qualidade. Este estudo contribui, assim, para colmatar deficiências na literatura de marketing, que tem sido parca a analisar os efeitos de diferenças individuais nas reacções das pessoas a problemas de marketing (Baumgartner, 2002).

Desta forma, iremos oportunamente formular uma hipótese de investigação que será testada com vista a perceber se e de que forma os valores pessoais influenciam a importância que os utentes atribuem a determinadas dimensões da qualidade que serão previamente definidas.

Para tanto, será aplicado a uma amostra de utentes de um determinado serviço de urgência hospitalar um questionário que, a comprovar-se nos resultados da sua aplicação a relação entre valores pessoais e dimensões da qualidade, poderá contribuir significativamente para apoiar a organização na gestão e no planeamento de futuras intervenções no âmbito do serviço em causa.

1.3 Estrutura do Trabalho de Investigação

Delimitado o âmbito do trabalho e definido o seu objectivo, cumpre-se definir sumariamente a metodologia adoptada, sendo que esta é composta por um conjunto de procedimentos que devem ser seguidos por qualquer investigador (Hill e Hill, 2005).

Foram, assim, adoptados os seguintes procedimentos metodológicos para a concretização deste trabalho: efectuámos uma revisão bibliográfica sobre o tema, começando com uma análise dos valores pessoais e em particular da Teoria Universal de Schwartz e seguindo-se uma revisão dos principais conceitos de qualidade de serviços e, especificamente, do Modelo de Hiato da Qualidade em Serviços dos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry, temas que são abordados no capítulo 2; de seguida procedeu-se à construção do modelo de análise que envolveu três fases que constam do capítulo 3:

- a) Definição das hipóteses de investigação, onde foram identificadas as variáveis em estudo;
- b) Definição da população, onde foram identificados os grupos em análise aos quais foram aplicados os questionário;
- c) Definição das técnicas de recolha de dados.

No capítulo 4 procedemos à análise dos dados e interpretação dos resultados de acordo com as variáveis e hipóteses de investigação previamente definidas. Finalmente, no capítulo 5 procede-se à elaboração das conclusões deste trabalho, destacando-se as limitações e contribuições do mesmo, bem como orientações para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Introdução

Dando seguimento à estrutura avançada no capítulo 1 para a concretização deste trabalho de investigação, dá-se início, neste capítulo, à revisão da literatura mais relevante em matéria de Valores Pessoais e Qualidade em Serviços de Saúde, com vista a colher dos autores mais referenciados os princípios e as teorias sobre as quais assentam os modelos adoptados para uma melhor abordagem, quer de uma teoria de valores pessoais ou humanos, quer da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes.

Assim, num primeiro nível, procedemos à análise do conceito de valor pessoal, fundamentando a importância deste conceito na sua concepção como princípio orientador da vida, do comportamento e das acções das pessoas. São, ainda, focados e discutidos os temas da natureza e estrutura da relação de valores, de acordo com a Teoria Universal de Schwartz, e os instrumentos de medição dos valores pessoais.

Num segundo nível, pretende-se analisar as questões da qualidade nos serviços de saúde, passando em revista as especificidades do sector dos serviços e dando maior ênfase ao mais utilizado instrumento de avaliação da qualidade dos serviços – SERVQUAL abrindo, assim, caminho para a organização metodológica do nosso projecto de investigação.

2.2 Valores Pessoais – Definição e Relevância do Conceito

*“The value concept, more than any other,
Should occupy a central position (...)
Able to unify the apparently diverse interests
Of all the sciences concerned with human behaviour”*

Rokeach, 1973

Há largas décadas que o conceito de valor constitui o tema central de alguns teóricos e investigadores, designadamente na área das ciências sociais e humanas. No entanto, quer nos reportemos ao conceito de valor *strito sensu*, quer façamos uma análise mais alargada do mesmo, confrontamo-nos com a possibilidade de retratar várias categorias de valores, desde os valores financeiros aos valores morais, passando pelos valores pessoais e de grupo (Tamayo, 2005).

Quando pensamos em valores e, particularmente, nos nossos valores, associamo-los ao que temos de importante nas nossas vidas, designadamente a conceitos como segurança, independência, sucesso, prazer ou mesmo sabedoria ou amabilidade (Schwartz, 2005a). Desta forma constatamos que cada indivíduo é detentor de um conjunto de valores pessoais, que variam em grau e importância, razão pela qual um valor em particular pode ser fundamental para a existência de uma pessoa enquanto tal, e ser dispensável para outra.

Essencialmente, os valores podem ser definidos como objectivos desejáveis, que variam na sua importância enquanto princípios orientadores da vida e formam uma sistema de prioridades axiológicas do indivíduo. Neste sentido, os valores são representações verbal e socialmente aprovadas das motivações básicas dos indivíduos (Schwartz, 1992).

Várias teorias têm sido construídas para explicar a importância dos valores pessoais. Porém, é de salientar a relevância do contributo de alguns autores nesta matéria, designadamente de autores como Rokeach (1973), Allport (1961), Hofstede (1980) ou Triandis (1990). Se bem que estes autores tenham construído os alicerces para uma teoria de valores, actualmente, uma das teorias

mais utilizadas, nomeadamente quando nos reportamos à percepção da complexidade das relações entre os valores e o comportamento humano, é a teoria universal de Schwartz.

Parece, porém, legítimo considerar Rokeach (1973) como o pai de uma teoria de valores humanos. Para este autor, qualquer concepção da natureza dos valores humanos deverá atender a cinco critérios fundamentais:

- 1) O número total de valores que uma pessoa possui é relativamente pequeno;
- 2) Todas as pessoas possuem o mesmo número de valores, mas atribuem-lhes graus de importância diferentes¹;
- 3) Os valores encontram-se organizados em sistemas de valores;
- 4) Os antecedentes dos valores humanos estão relacionados com a cultura, a sociedade e as suas instituições, e a personalidade;
- 5) As consequências dos valores humanos manifestam-se em quase todos os acontecimentos que os investigadores das ciências sociais possam considerar como merecedores de estudo ou interpretação.

Face ao exposto, Rokeach (1973) reitera a centralidade do conceito de valor ao salientar que este conceito, mais do que qualquer outro, deve ocupar uma posição privilegiada em todas as áreas das ciências sociais, servindo de elo de ligação entre todos os campos da ciência preocupados com a compreensão do comportamento humano².

¹ Segundo Rokeach (1973:4), *“if the total number of human values is relatively small, and if all men everywhere possess them, comparative cross-cultural investigations of values would then become considerably easier also.”*

² Para o autor, a grande vantagem em considerar o conceito valor como um conceito central reside no facto de podermos facilmente considerar, de forma igual, os valores como variáveis dependentes ou independentes. Como variáveis dependentes, eles são o resultado de todas as forças culturais, institucionais e individuais que actuam a favor de uma pessoa ao longo da sua vida. Enquanto variáveis independentes, os valores possuem efeitos inalcançáveis em quase todas as áreas do comportamento humano que despoletam a curiosidade dos cientistas de todas as áreas das ciências sociais.

Para este autor, um valor é uma crença duradoura em que um específico modo de conduta ou estado definitivo de existência é pessoal ou socialmente desejável face ao seu oposto. Por outro lado, um sistema de valores é uma organização duradoura de crenças que concernem a modos específicos de conduta ou estados de existência desejáveis ou preferíveis, num *continuum* de importância relativa.

Assim, de uma forma mais rigorosa, nos termos definidos por Rokeach (1973), os valores podem ser definidos como crenças que correspondem a estados definitivos de existência ou modos de conduta, tidos como pessoal ou socialmente desejáveis, que transcendem situações específicas e guiam o comportamento humano, estando ordenados por importância relativa, ou seja, uns em relação aos outros, formando um sistema prioritário de valores, de acordo com o qual os indivíduos dão preferência a um/uns valor(es) em detrimento de outro(s) valor(es) pertencentes ao seu sistema de valores³.

Para Rokeach (1973), valores são ainda padrões multifacetados que orientam a conduta humana numa variedade de caminhos:

1. Os valores levam-nos a tomar posições particulares em assuntos do foro social;
2. Os valores predis põem-nos a tomar partido por uma ideologia política ou por uma ideologia religiosa, em detrimento de outra ou outras;
3. Os valores são padrões que servem de objecto de conhecimento do “eu” aos outros;
4. Os valores são padrões utilizados para nos avaliar e julgar e para avaliar e julgar os outros;
5. Os valores são padrões utilizados para persuadir e influenciar os outros;
6. Os valores são padrões que nos indicam como racionalizar as nossas crenças, atitudes e acções, de modo a sermos pessoal e socialmente aceites, mantendo e reforçando a nossa auto-estima.

³ No mesmo sentido preceitua Feather (1995) ao revelar a existência de uma estrutura hierárquica de valores que define a prioridade axiológica de cada indivíduo, sendo o seu comportamento, numa dada situação, o resultado da importância relativa atribuída a todos os valores que a situação invocou.

Por outro lado, o mesmo autor concebeu os sistemas de valores como planos gerais de resolução de conflitos e tomada de decisões (um sistema de valores é uma organização de princípios e normas que serve para ajudar as pessoas a escolher entre as alternativas disponibilizadas, resolver conflitos e tomar decisões).

Na definição de valores, foram sublinhados por Rokeach (1973) alguns aspectos fundamentais da materialização do conceito de valor, designadamente:

a) OS VALORES SÃO DURADOUROS – se os valores fossem completamente estáveis, as mudanças individuais e sociais não seriam possíveis. Se, por outro lado, os valores fossem completamente instáveis, a continuidade da evolução da personalidade humana e da sociedade seriam impossíveis. Assim, qualquer concepção dos valores humanos deverá invocar simultaneamente o seu carácter duradouro e a sua abertura à mudança. A estabilidade dos valores resulta essencialmente do facto de eles serem inicialmente apreendidos de forma isolada em relação a outros valores, sendo que, através desta forma independente e absoluta de absorção destes valores intrínsecos, as pessoas recebem-nos como comportamentos ou estados definitivos de existência desejáveis. Quando pensamos ou falamos nos nossos valores, ou mesmo quando os tentamos ensinar a alguém, fazemo-lo sem ter presente outros valores, retratando-os, assim, na sua forma absoluta. Todavia, quando um valor é activado, numa dada situação e conjuntamente com outros valores, o resultado do comportamento advirá da importância relativa de todos os valores que a situação activou. Acresce que, através da experiência e do processo de maturação, todas as pessoas aprendem a integrar num sistema organizado e hierarquizado, de acordo com a sua prioridade ou importância relativas, os valores absolutos e isolados, que lhes foram ensinados neste ou naquele contexto;

b) OS VALORES SÃO CRENÇAS – De acordo com o autor, três tipos de crenças podem ser distinguidos: crenças descritivas ou existenciais (capazes de ser verdadeiras ou falsas), crenças valorativas (onde o objecto da crença é tido como bom ou mau) e crenças prescritivas ou prospectivas (nas quais os meios ou resultado da acção são tidos como desejáveis ou indesejáveis). Os valores são, assim, crenças prescritivas ou prospectivas e, como todas as crenças, possuem componentes cognitivas, afectivas e comportamentais, na

medida em que, respectivamente, expressam um conhecimento sobre o desejável, é possível valorar as acções a favor ou contra os mesmos e são variáveis que conduzem à acção quando activadas;

- c) OS VALORES REFEREM-SE A CONDUTAS OU ESTADOS DEFINITIVOS DE EXISTÊNCIA – Quando se diz que uma pessoa tem valores, podemos reportar a modos de conduta ou estados definitivos de existência desejáveis. Estes dois tipos de valores podem ser classificados em instrumentais ou terminais;
- d) OS VALORES SÃO PREFERÊNCIAS E CONCEPÇÕES DO QUE É PREFERÍVEL – Considerar os valores como preferências ou concepções do desejável significa dar preferência a determinados modos de conduta ou estados definitivos de existência relativamente aos seus opostos. Existe, ainda, outro sentido em que um valor representa uma preferência específica: uma pessoa prefere um particular modo de conduta ou estado definitivo de existência, não apenas quando o compara com o seu oposto, mas também quando o compara com outros valores pertencentes ao seu sistema de valores. Neste sentido, ela prefere um particular modo ou estado definitivo a outros modos ou estados definitivos que se encontram situados mais abaixo na sua hierarquia de valores;
- e) OS VALORES SÃO CONCEPÇÕES DE ALGO QUE É PESSOAL OU SOCIALMENTE DESEJÁVEL – Quando uma pessoa se refere aos seus valores, tal não significa que ela os pretenda aplicar de forma equitativa, quer a si, quer aos outros. Na verdade, uma das mais interessantes propriedades dos valores é a da extraordinária versatilidade da sua aplicação no quotidiano, porquanto eles podem ser partilhados ou não, e pode haver intenção de os aplicar de forma diferente, em maior ou menor grau, ao próprio e aos outros.

Pese embora o facto de, ao longo de várias décadas, terem emergido na literatura várias definições de valores pessoais, o conceito pode ser desenvolvido tendo por base alguns critérios consensualmente aceites por vários teóricos e investigadores (Schwartz, 2005a), entre os quais se destacam Feather (1995) e Rokeach (1973):

- a) Os valores são crenças inevitavelmente correlacionadas com as componentes cognitivas, afectivas e comportamentais do indivíduo;
- b) Os valores são conceitos motivacionais que se relacionam com os objectivos que as pessoas procuram alcançar;
- c) Os valores transcendem situações e acções específicas, na medida em que retratam objectivos abstractos⁴;
- d) Os valores orientam a avaliação das acções, políticas, pessoas ou acontecimentos, na medida em que servem de padrão ou critério para as mesmas;
- e) Cada valor é ordenado pela sua importância relativamente a outro, no sentido da sua hierarquização num sistema de valores humanos, que reflecte as prioridades axiológicas de cada indivíduo.

Apesar dos valores pessoais não serem objecto de observação directa, parece ser maioritariamente aceite a afirmação de que os valores orientam e guiam a vida das pessoas. Existe, assim, um continuado esforço dos investigadores para explicar os fundamentos directos e indirectos do comportamento humano (Tamayo, 2005; Homer e Kahle, 1988).

Praticamente todas as pessoas se referem, directa ou indirectamente, aos valores enquanto suporte axiológico da conduta humana, na medida em que a qualquer processo de tomada de decisão subjaz a capacidade de decidir por uma ou outra solução em função da hierarquização do sistema de valores e da prioridade que os indivíduos lhe atribuem.

Assim, os valores pessoais têm o privilégio de orientar e influenciar o comportamento das pessoas de uma forma sistemática e previsível (cfr. Steenkamp, Hofstede e Wedel, 1999)⁵, essencialmente nos termos indicados por Schwartz (2005a):

⁴ A natureza abstracta dos valores humanos torna possível a sua distinção em relação a conceitos como os de normas e atitudes, que usualmente se referem a acções, objectos ou situações específicas (Rokeach, 1973). Sobre este assunto, *vide*, ainda, FEATHER, N. (1995) - Values, valences, and choice: the influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (6), 1135-1151.

- a) Os valores influenciam o comportamento se forem activados, ou seja, quanto mais acessível um valor se encontra, maiores são as possibilidades de ele ser activado pelo indivíduo;
- b) Os valores das pessoas, à semelhança das suas necessidades, induzem um poder atractivo sobre as acções;
- c) Os valores influenciam a percepção e interpretação das situações;
- d) Os valores influenciam o planeamento das acções, isto é, quanto maior for a prioridade dada a um valor, melhor será o planeamento das acções, expresso em termos do comportamento das pessoas perante uma situação específica.

Neste sentido, conclui-se pela relevância dos valores no comportamento e atitudes das pessoas (*vide* Rice, 2006), sendo que a forma como estas se norteiam nas suas relações interpessoais e a posição que assumem perante a sociedade encerra um *trade-off* entre valores conflituantes entre si.

2.3 Teoria Universal de Schwartz

Tem sido comumente aceite que a mais importante teoria na área dos valores pessoais é aquela que deriva dos estudos realizados durante largas décadas por Schwartz e os seus colegas de investigação Steenkamp *et al.* (1999). Desde o nascimento desta teoria com os autores Schwartz e Bilsky (1990; 1987), passando por Schwartz e Sagiv (2004; 2000; 1995), Schwartz, Ros e Surkiss (1999), Schwartz e Boehnke (2004), Schwartz e Bardi (2001) ou Schwartz e Rubel (2005), as questões relativas à natureza e à estrutura dos valores pessoais assumem um papel cada vez mais importante, pelo que se considera mesmo que “Schwartz é, indiscutivelmente, o líder mundial no estudo e pesquisa dos valores e da relação dos mesmos com o comportamento, sendo a sua teoria uma

⁵ De acordo com Ros e Surkiss (1999:50), “a major goal of research on values has been to explore the ways in which individuals’ value priorities relate to their attitudes, behaviour and social experiences and roles”.

das mais utilizadas actualmente e aquela capaz de abarcar a complexidade das relações entre os valores e o comportamento. A maioria das pesquisas baseadas em valores pessoais utiliza o SVS” (Tamayo, 2005:18).

Procuraremos nesta secção analisar o trabalho internacionalmente reconhecido de Schwartz com vista à sua integração na metodologia do nosso trabalho de investigação, uma vez que a teoria de valores de Schwartz, pela representatividade das suas amostras e pela profundidade do estudo realizado, continua a ter um grande valor científico.

2.3.1 Natureza das Relações de Valores

Quando nos referimos aos nossos valores ou a valores que caracterizam outras pessoas ou grupos, consideramos o conceito de valor como uma concepção do desejável que influencia a forma como as pessoas seleccionam as acções ou avaliam os acontecimentos (Schwartz e Bilsky, 1987).

A estrutura dos valores humanos refere-se à organização conceptual dos valores com base nas suas semelhanças e diferenças, e bem assim às relações entre os vários domínios de valores de acordo com as suas compatibilidades e contradições (Schwartz e Bilsky, 1987). Neste sentido, a construção de uma estrutura de valores traz imensos benefícios, desde logo pelas seguintes razões (Schwartz e Bilsky, 1987):

- 1) O impacto dos valores como variáveis independentes, tanto nas atitudes como no comportamento, pode ser previsto, identificado e interpretado de forma mais eficaz e fiável, utilizando graus de importância dos domínios de valores, por oposição a valores individuais;
- 2) Os efeitos das diferentes variáveis da estrutura social (económicas, políticas, religiosas, étnicas e familiares) nos valores, enquanto variáveis dependentes, podem ser previstos, identificados e interpretados de forma mais eficaz, através de domínios de valor, por oposição a valores individuais;
- 3) As comparações de valores em diferentes culturas podem ser aperfeiçoadas de três formas:

- a) As similitudes e diferenças do significado de valores específicos serão reveladas de acordo com a sua localização no mesmo ou em diferentes domínios de valores em diferentes culturas;
- b) As comparações entre os graus de importância dos valores serão mais compreensivas se usarmos os domínios de valores, uma vez que estes irão preferencialmente assimilar todos os tipos de valores mais significativos, que partilham do mesmo significado, enquanto que toda e qualquer investigação que não seja conduzida pela concepção de uma estrutura de valores tem que confiar nos valores individuais seleccionados pelo investigador;
- c) As relações estruturais entre os domínios de valores em diferentes culturas podem ser comparadas, revelando diferenças nas quais os domínios são considerados como compatíveis ou contraditórios.

Tendo por base os privilégios acima descritos da concepção de uma estrutura de valores e considerando o trabalho desenvolvido por Rokeach (1973) nesta matéria, Schwartz e Bilsky (1990; 1987) desenvolveram uma teoria de valores assente na definição conceptual de valores que incorpora os cinco requisitos formais do conceito de valores, genericamente plasmados na literatura: os valores são crenças, que conduzem a estados de existência ou comportamentos desejáveis, transcendem situações específicas, orientam na selecção ou avaliação de comportamentos ou acontecimentos e encontram-se organizados hierarquicamente em termos da sua importância relativa. Em suma, a teoria de valores de Schwartz define os valores enquanto objectivos desejáveis e trans-situacionais, que variam na sua importância e servem de princípios orientadores da vida das pessoas (Schwartz, 1992, 1999). A esta definição de valores enquanto objectivos subjaz implicitamente a consideração de que os valores servem os interesses da mesma entidade social, motivam a acção, orientando-a e dando-lhe intensidade emocional, funcionam enquanto padrões para o julgamento e justificação das acções, e são apreendidos, quer através da socialização, quer pela aprendizagem única das experiências dos indivíduos (Schwartz, 1994).

A teoria de valores descreve aspectos da estrutura psicológica humana tidos por fundamentais enquanto aspectos presumivelmente comuns a toda a humanidade (Schwartz, 2005b). Assim, à formulação desta teoria, Schwartz (2005b) equacionou quatro aspectos fundamentais:

- 1) Existe um conjunto de valores quase universais diferenciados por conteúdo motivacional?
- 2) O conjunto de tipos motivacionais identificado pela teoria é abrangente, não deixando de lado nenhum dos tipos motivacionais amplos aos quais os indivíduos atribuem pelo menos importância moderada?
- 3) Os tipos motivacionais têm significados semelhantes em grupos diferentes, justificando a comparação das prioridades axiológicas entre grupos?
- 4) Existe uma estrutura próxima do universal de relações dinâmicas entre tipos motivacionais?

De acordo com Schwartz (2005a:16) “*the circular motivational structure may lead to a unifying theory of human motivation*”. No entanto, apesar da sua universalidade, a estrutura de valores apresentada deve merecer uma interpretação cuidada se tivermos em consideração que da adaptação às mais variadas experiências de vida emergem as prioridades axiológicas individuais, pelo que a estrutura de valores deverá considerar a influência que os antecedentes têm na formulação da hierarquização de valores de cada indivíduo.

Conjuntamente com os cinco requisitos fundamentais da definição do conceito de valor, os mesmos autores (Schwartz e Bilsky 1990; 1987) salientaram, ainda, como aspecto central do conceito o tipo de objectivo ou objectivo motivacional que ele expressa. Neste sentido, a teoria de valores assenta na construção de 10 tipos motivacionais, que derivam de três requisitos universais da existência humana (Schwartz e Sagiv, 1995; Schwartz e Bilsky, 1987):

- a) Necessidades biológicas;
- b) Interação e coordenação social e interpessoal;
- c) Exigências sociais e institucionais de funcionamento e bem-estar do grupo.

Estes três requisitos universais são inerentes a qualquer indivíduo na medida em que, no cotidiano, a todos os indivíduos preexiste a necessidade de se organizarem, pensarem e planejarem a forma como enfrentam a vida em conformidade com essas premissas. Assim, para serem eficientes enquanto elementos da sociedade, necessário é que todas as pessoas interajam e comuniquem entre si. Através do desenvolvimento cognitivo, as pessoas conseguem representar estes requisitos enquanto objectivos ou valores consciencializáveis; por intermédio da socialização, os indivíduos apreendem os conceitos culturais por si partilhados, o que lhes permite falar acerca desses mesmos objectivos ou valores.

Com efeito, à construção de uma tipologia de domínios de valores teria necessariamente que presidir a consideração dos três requisitos universais da existência humana enquanto suporte de uma teoria de valores que se tenha por universal.

Não obstante, um qualquer domínio de valor pode ser derivado de mais do que um requisito universal e, na medida em que os valores são também objectivos, eles representam os interesses de uma pessoa ou grupo de pessoas.

O aspecto fundamental que distingue um valor em relação a outros é o objectivo motivacional que expressa (Sagiv e Schwartz, 2000). A teoria de valores identifica 10 tipos motivacionais distintos de valores humanos que são comumente reconhecidos de forma implícita por todas as culturas, sendo que o número de valores individuais que expressam o objectivo motivacional varia de domínio para domínio em função da amplitude do objectivo e da variedade de valores que o expressam (Schwartz, 1994). Estes tipos de valores foram, como foi já mencionado, construídos a partir dos requisitos universais da existência humana e foram concretizados, em termos dos seus objectivos ou motivações, bem como dos valores que os representam, na tabela que ora se apresenta:

Tabela 1 – Tipos Motivacionais e Objectivos Motivacionais/Valores que os Representam

<i>Tipo Motivacional</i>	<i>Objectivo Motivacional e Valores que os Representam</i>
Auto-Determinação	Independência de pensamento e acção, escolher, criar e explorar (Criatividade, Liberdade, Independência, Curioso, Escolha dos Objectivos Individuais)
Estimulação	Excitação, novidade e desafio na vida (Ousado, Vida Variada e Excitante)
Hedonismo	Prazer e gratificação sensual para si mesmo (Prazer, Gosto pela Vida)
Realização	Sucesso pessoal obtido através de uma demonstração de competência, de acordo com padrões sociais (Bem Sucedido, Capaz, Ambicioso, Influyente)
Poder	Estatuto social e prestígio, controlo ou domínio sobre pessoas e recursos (Poder Social, Autoridade, Riqueza)
Segurança	Harmonia e estabilidade da sociedade, dos relacionamentos e de si mesmo (Segurança Familiar, Segurança Nacional, Ordem na Sociedade, Limpeza, Reciprocidade de Valores)
Conformidade	Controlo de impulsos e acções que podem prejudicar os outros e violar normas ou expectativas sociais (Educação, Obediente, Auto-Disciplina, Dedicção aos Familiares e Idosos)
Tradição	Respeito, compromisso e aceitação das ideias e dos costumes que uma cultura ou religião estabelecem (Humilde, Aceitação do meu Papel na Vida, Devoto, Respeito pela Tradição, Moderado)
Benevolência	Preservação e promoção do bem-estar das pessoas que nos são próximas (Prestável, Honesto, Leal, Responsável)
Universalismo	Tolerância, compreensão e promoção do bem-estar das pessoas e da natureza (Sabedoria, Justiça Social, Igualdade, um Mundo de Paz, um Mundo de Beleza, Unidade com a Natureza, Protecção da Natureza)

Fonte: Adaptado de Schwartz e Sagiv (1995)

Temos assim que cada domínio motivacional⁶ proposto para o modelo teórico da estrutura de valores humanos é essencialmente caracterizado da seguinte forma⁷:

1. Domínio Auto-Determinação

O objectivo que define este domínio é a independência de pensamento e de acção - escolher, criar e explorar (Schwartz, 2005a). Este tipo ou domínio foi derivado das necessidades do organismo para o controlo e domínio e dos requisitos de interacção para a autonomia e independência

⁶ Na verdade, uma primeira versão da teoria de valores continha a designação de domínios motivacionais. Schwartz (1992) veio, posteriormente, atribuir a nova denominação de tipos motivacionais a estes domínios. Porém, e para maior facilidade de apreensão dos conceitos, reportamo-nos, por vezes, à designação de domínios motivacionais.

⁷ A primeira versão desta teoria de valores contemplava apenas oito tipos motivacionais distintos ou, melhor dizendo, oito domínios motivacionais (Schwartz e Bilsky, 1987; 1990), cuja designação e, para sermos mais criteriosos, utilizando a denominação de origem, era: *Enjoyment Domain, Security Domain, Achievement Domain, Self-Direction Domain, Restrictive-Conformity Domain, Prosocial Domain, Social Power Domain e Maturity Domain*.

Numa versão prévia da teoria de valores, Schwartz (1992) consagrava, ainda, a possibilidade de existência de um Domínio Espiritualidade que, à semelhança dos outros tipos de valores, pudesse ser constituído como um domínio quase universal. O objectivo que definia os valores espirituais seria o significado, a coerência e a harmonia interior através da transcendência da realidade quotidiana. Se responder à questão do significado último da vida constitui uma necessidade básica, então a espiritualidade poderia ser um tipo motivacional distinto, susceptível de ser encontrado em todas as culturas. Assim, nesta versão da teoria de valores, foram incluídos no questionário indicadores de espiritualidade, tais como uma vida espiritual, sentido de vida, harmonia interior, desprendimento, unidade com a natureza, devoto, ciente dos meus limites (Schwartz, 2005a).

No entanto, foram levantadas duas importantes questões sobre a possível universalidade dos valores espirituais: se por um lado a maioria das pessoas pode satisfazer as suas necessidades de significado e coerência através de valores de universalismo, tradição e segurança, por outro lado, o significado de espiritualidade pode variar de cultura para cultura.

Perante as hipóteses empiricamente testadas para a teoria de valores, constatou-se que os valores de espiritualidade não formavam uma região distinta na maioria das amostras. As preocupações com a espiritualidade, que se expressam nos termos supra descritos, parecem emergir frequentemente nas regiões dos valores de benevolência e universalismo. Tal facto sublinha a ideia de que a auto-transcendência pela preocupação com os outros constitui a forma mais comum de buscar a espiritualidade. Os valores devoto, desprendimento, ciente dos meus limites, apareceram com maior frequência nas regiões de tradição, sugerindo que a tradição constitui uma alternativa à espiritualidade. Todavia, nenhum subconjunto de valores de espiritualidade formou uma região distinta em mais de 15% das amostras. Face ao exposto, parece concluir-se pela não universalidade do domínio espiritualidade (Schwartz, 2005a).

(Schwartz, 1992). Enquanto valores que representam este tipo motivacional, foram incluídos os valores criatividade, liberdade, escolha dos objectivos individuais, curioso e independente (Schwartz, 2005a).

2. Domínio Estimulação

Os valores deste domínio derivam da presumível necessidade do organismo para a variedade e para a estimulação, por forma a manter um nível óptimo de actividade (Schwartz, 1992). Essa necessidade está muito provavelmente relacionada com as necessidades subjacentes ao tipo motivacional de auto-determinação. As variações biológicas baseadas na necessidade de estimulação e excitação, condicionadas pela experiência social, podem dar origem a diferenças individuais na importância dada aos valores do tipo motivacional de estimulação. Os objectivos motivacionais inerentes a este tipo de valores são a excitação, a novidade e o desafio na vida. No que se refere aos valores deste domínio, nele se incluem os valores audacioso e de prossecução de uma vida excitante e variada.

3. Domínio Hedonismo

Este tipo de valor deriva das necessidades orgânicas e do prazer associado à sua satisfação (Schwartz, 1992). Os objectivos que definem este valor são o prazer e a gratificação sensual para si mesmo, sendo os valores incluídos neste domínio o prazer individual, gozar a vida e ser condescendente consigo próprio.

4. Domínio Realização

O objectivo motivacional deste tipo de valor é o sucesso pessoal obtido através da demonstração de competência, em conformidade com os padrões sociais. A competência é um requisito exigível a quem pretenda obter recursos para a sobrevivência, para o correcto funcionamento institucional e sucesso da interacção social (Schwartz, 1992).

Os valores incluídos neste domínio são os seguintes: ambicioso, influente, capaz, bem sucedido e inteligente.

5. Domínio Poder

Os valores do tipo poder podem ser derivados de mais do que um requisito universal de existência humana (Schwartz, 1992). O funcionamento das instituições sociais requer aparentemente algum grau de diferenciação de estatuto social, pelo que a dimensão domínio/submissão emerge em quase todas as análises empíricas das relações interpessoais e transversalmente em todas as culturas. Para fundamentar esta evidência e com o intuito de motivar os membros do grupo a promover a sua aceitação, o poder tem que ser visto e tratado como um valor. Os valores de poder podem igualmente ser vistos como transformações das necessidades individuais de domínio e controlo, já que o poder se encontra associado ao controlo e ao domínio sobre recursos e pessoas.

Os objectivos motivacionais deste domínio são o prestígio e o estatuto social, sendo os seus valores o poder social, a fortuna, o reconhecimento social, a autoridade e a preservação da imagem pública do indivíduo.

Tantos os valores de poder como os de realização focam o apreço pela sociedade. Todavia, os valores de realização enfatizam a demonstração activa de competência em certas e determinadas situações, enquanto que os valores de poder sublinham a obtenção ou preservação de uma posição de domínio no sistema social genericamente considerado (Schwartz, 1992).

6. Domínio Segurança

Os objectivos motivacionais deste tipo de valor são a segurança, a harmonia e a estabilidade pessoal, da sociedade e das relações. Os valores de segurança derivam de requisitos básicos dos indivíduos e do grupo⁸, pelo que se postula a existência de dois tipos de valores de segurança:

⁸ Uma necessidade básica do indivíduo é a sua sobrevivência física procurando, assim, evitar ameaças à integridade física. Os valores em que esta necessidade se transforma vão para além da segurança física do indivíduo, assumindo a

individual e de grupo (Schwartz, 2005a). A opção por um ou outro tipo de valor depende do facto de considerarmos que alguns valores de segurança servem principalmente os interesses do indivíduo (como por exemplo a saúde), enquanto que outros servem principalmente interesses colectivos (tais como a segurança nacional) (Schwartz, 1992). Os dois subtipos de valores de segurança podem, no entanto, ser unificados num tipo motivacional mais abrangente: ordem social, segurança nacional, reciprocidade de favores, segurança familiar, limpo, sentido de pertença e saudável (Schwartz, 2005a).

7. Domínio Conformidade

O objectivo deste tipo de valor consiste na restrição de acções, inclinações e impulsos susceptíveis de perturbar ou prejudicar os outros ou violar normas ou expectativas sociais (Schwartz, 1992). Esta restrição dos impulsos, que assenta no regular funcionamento da interacção social e dos grupos, deriva da exigência dos indivíduos para a inibição das inclinações que podem ser socialmente perturbadoras e visa, assim, prevenir o colapso do correcto funcionamento da sociedade.

Os valores do domínio conformidade dão ênfase à auto-restrição na interacção quotidiana, designadamente com aqueles que são mais próximos (obediente, auto-disciplinado, polidez, respeito para com os pais e os idosos).

8. Domínio Tradição

Em todas as culturas os grupos desenvolvem práticas sociais, símbolos e ideias que representam as experiências partilhadas e os objectivos comuns (Schwartz, 2005a). Estes símbolos e práticas transformam-se em tradições e costumes quando validados pelos membros dos grupos e simbolizam a solidariedade dos grupos ao expressarem o seu valor e contribuírem para a sua

saúde mental um papel igualmente importante para a sobrevivência do ser humano. Para além disso, também as exigências da interacção social e o funcionamento institucional requerem que os grupos permaneçam seguros. Assim, o domínio segurança é obtido a partir de uma necessidade básica dos indivíduos e dos grupos, que é a de se protegerem contra ameaças à sua integridade.

sobrevivência (Schwartz, 1992). As tradições, as demais das vezes, tomam a forma de rituais religiosos, crenças e modos de conduta.

Os objectivos que definem este tipo de valor são o respeito, o compromisso e a aceitação das ideias e dos costumes impostos por uma determinada cultura ou religião aos indivíduos que a integram. Os valores incluídos no domínio tradição são os de respeito pela tradição, moderado, humilde, aceitação da minha própria vida, ser devoto e privacidade.

Os valores de tradição e conformidade são especialmente próximos em termos da motivação que lhes subjaz, na medida em que dividem o objectivo de subordinação do indivíduo em prol das expectativas socialmente impostas. No entanto, a diferença entre estes dois tipos de valor reside essencialmente nos objectivos aos quais o indivíduo é subordinado. Enquanto que o domínio conformidade implica a subordinação a pessoas com as quais o indivíduo se relaciona no quotidiano, o domínio tradição implica a subordinação a objectos mais abstractos, ou seja, a costumes e ideias religiosas e culturais. Como corolário, os valores de conformidade exortam a resposta a expectativas actuais e mutáveis, enquanto que os valores de tradição demandam a resposta a expectativas imutáveis e formuladas no passado (Schwartz, 2005a).

9. Domínio Benevolência

O domínio benevolência foca a preocupação na preservação e promoção do bem-estar das pessoas que nos são próximas, na sua interacção diária (Schwartz, 1992). Os valores de benevolência derivam dos requisitos básicos para o bom funcionamento do grupo e da necessidade orgânica de afiliação, e são os seguintes: ser leal, honesto, prestável, responsável, piedoso, ter uma vida espiritual, sentido de vida, amor maduro e amizade verdadeira (Schwartz, 2005a).

Tanto o domínio de benevolência como o de conformidade promovem relações de cooperação e conforto. Contudo, os valores de benevolência propiciam uma base motivacional interiorizada para tal comportamento, enquanto que os valores de conformidade promovem a cooperação por forma a evitar resultados negativos para o próprio indivíduo (Schwartz, 2005a).

10. Domínio Universalismo

Este domínio é definido pelos objectivos de tolerância, compreensão e protecção do bem-estar de todos e da natureza, contrastando, assim, com o foco intragrupo dos valores de benevolência⁹ (Schwartz, 2005a). Os valores de universalismo derivam das necessidades de sobrevivência dos grupos e dos indivíduos que são apercebidas quando as pessoas contactam com os indivíduos que se encontram fora do grupo primário e quando tomam consciência da escassez dos recursos naturais. Assim sendo, as pessoas apercebem-se que a não aceitação daqueles que são diferentes e o seu tratamento injusto pode conduzir a conflitos que ameaçam as suas vidas (Schwartz, 1992).

O domínio universalismo combina dois subtipos de objectivos e valores: preocupação com bem-estar da sociedade/do mundo (mente aberta, justiça social, igualdade, harmonia interior, uma vida espiritual, um mundo de paz, mundo de beleza) e preocupação com a natureza (unidade com a natureza, sabedoria, proteger o meio ambiente).

De forma resumida, pode-se dizer que os valores constantes dos domínios motivacionais podem ser vistos como metas que os indivíduos se esforçam activamente para atingir ou salvaguardar, e quando os expressam em situações sociais, estão a promover o respectivo objectivo motivacional (Schwartz, 1994; 1992).

2.3.2 Estrutura das Relações de Valores

As mais variadas tipologias de conteúdo de valores têm sido empiricamente enunciadas por vários autores, desde Braithwaite e Law (1985) a Feather e Peay (1975) ou Hofstede (1980). Contudo,

⁹ Pesquisas realizadas no âmbito das culturas colectivistas *versus* culturas individualistas demonstram a importância da distinção entre os tipos de valor universalismo e benevolência. Enquanto que indivíduos provenientes de culturas colectivistas tendem a mostrar uma grande preocupação com os membros do seu grupo e têm uma indiferença relativa para com as necessidades dos elementos que não integram o grupo, os indivíduos provenientes de culturas individualistas não demonstram com tanta acuidade as diferenças consideradas para os membros do seu grupo e os de elementos estranhos ao mesmo, quando tal se reporta à resposta às suas necessidades. Tal evidência revela a existência de uma maior ênfase nos valores de benevolência do que nos de universalismo nas culturas colectivistas, enquanto que em culturas individualistas, é dada igual importância em ambos os tipos de valores (Schwartz, 1992).

estes autores não seguiram a intuição de Rokeach de que pelo menos alguns tipos de valores poderiam ser interdependentes porquanto uns se situam em posição oposta em relação a outros. Segundo Rokeach (1973), é pouco provável que uma determinada situação que surja ao longo da nossa vida active um único valor. A maioria das situações envolve o conflito entre diversos valores, cuja resolução estará de acordo com as prioridades de valores de cada um, isto é, de acordo com o sistema de valores do indivíduo¹⁰. Assim, um dos mais importantes conceitos na teoria dos valores humanos de Rokeach é a ideia de que, depois de um valor estar apreendido, ele torna-se, de certa forma, integrado num sistema organizado de valores, no qual cada valor é ordenado por ordem de prioridade em relação a outros valores¹¹. Esta concepção relativa dos valores possibilita-nos definir a mudança como uma reordenação de prioridades e, ao mesmo tempo, observar o sistema total de valores como relativamente estável ao longo do tempo. Desta forma, o sistema de valores, mais do que um valor individual, proporciona um maior entendimento das forças motivacionais que conduzem às crenças, atitudes e comportamentos do indivíduo.

O segredo para a identificação de uma estrutura das relações de valores consiste na assumpção de que as acções executadas com vista à prossecução de cada tipo de valores tem consequências psicológicas, práticas e sociais que podem ser conflitantes ou compatíveis com outros tipos de

¹⁰ Rokeach (1973) refere que esta estabilidade permite reflectir a identidade e a continuidade de uma personalidade no seio de uma dada cultura e sociedade. Contudo, a estrutura de valores é o suficientemente instável para permitir a sua reorganização em termos da prioridade dos valores, como resultado de mudanças operadas na cultura, na sociedade e na própria experiência pessoal de cada indivíduo. Estas variações não só geram diferenças individuais no sistema de valores, como também diferenças individuais na sua estabilidade. Estes dois tipos de diferenças individuais podem, com alguma razoabilidade, ser o resultado das diferenças operadas em variáveis tais como o desenvolvimento intelectual, o grau de internacionalização dos valores culturais e institucionais, a identificação entre géneros (sobre este assunto *vide* Schwartz, S. e Rubel, T. (2005b) – Sex differences in value priorities: Cross-cultural and multimethod studies, *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (6), 1010-1028), identificação política e educação religiosa desde criança.

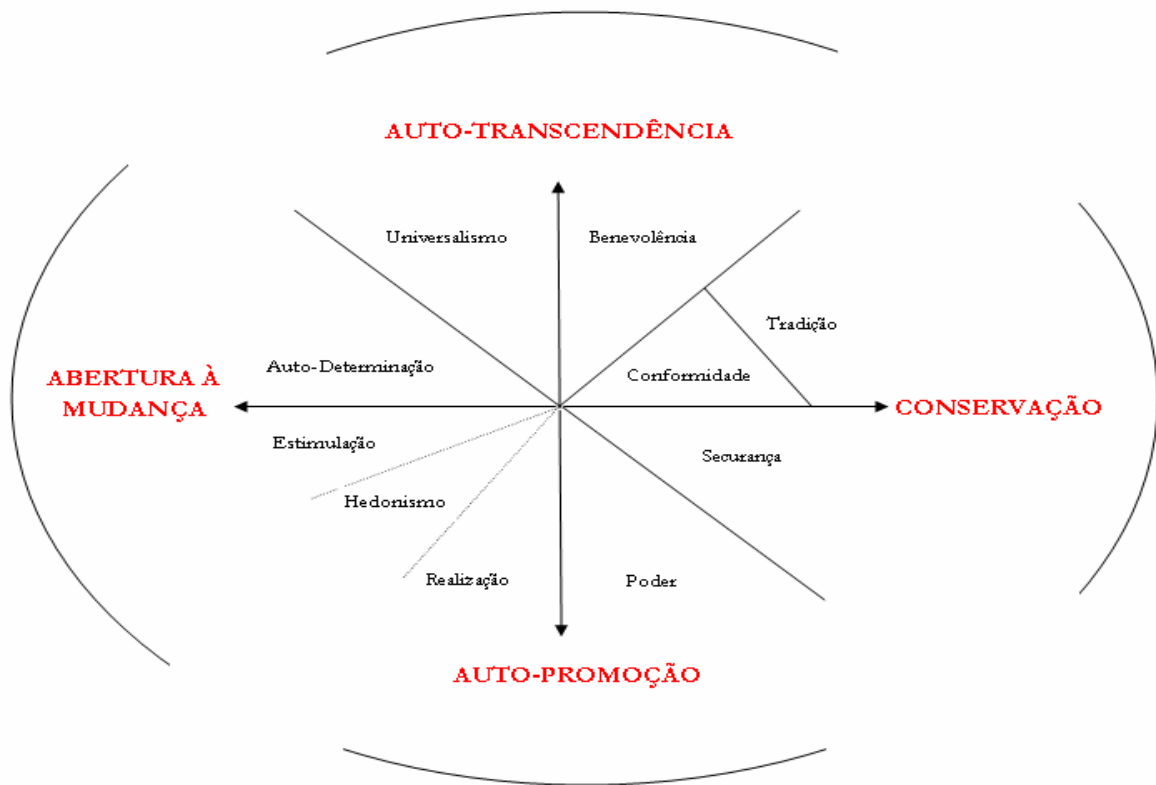
¹¹ Rokeach (1973) refere-se às funções dos valores e dos sistemas de valores da seguinte forma: os valores são padrões que orientam actividades comportamentais servindo uma função motivacional, enquanto que um sistema de valores é uma organização duradoura de princípios e regras, apreendida pelo ser humano, que lhe possibilita escolher entre diferentes alternativas, resolver conflitos e tomar decisões.

valores (Schwartz, 1994). A análise das relações de conflito e de compatibilidades susceptíveis de emergir quando as pessoas prosseguem estes tipos de valores simultaneamente, sugerem hipóteses sobre relações potencialmente universais entre as prioridades de valores (Schwartz, 1992). A título de exemplo, a prossecução de valores de realização pode conflitar com a prossecução de valores de benevolência, na medida em que a tentativa de obtenção de sucesso pessoal muito provavelmente obstará à concretização de acções que têm por objecto o bem-estar de quem necessita de ajuda de outras pessoas. Pelo contrário, a prossecução de valores de benevolência e de valores de conformidade é compatível, porquanto ambos sugerem uma forma de comportamento socialmente aprovada e ratificada pela comunidade (Schwartz, 1992).

Assim, uma vez que alguns tipos motivacionais se opõem a outros, enquanto que alguns são compatíveis entre si, a estrutura de valores procura reflectir essas relações de conflito e compatibilidades entre valores. Estas relações de conflito ou compatibilidade foram formalizadas por Schwartz (1992) através da construção de uma estrutura circular¹² que, tendo já sido alvo de posteriores adaptações por vários autores, inclusivamente pelo próprio, permanece actual e susceptível de retratar o padrão total de relações teóricas de conflito ou congruência entre os vários tipos motivacionais, tal como se pode verificar pela análise da Figura 1:

¹² Organizar os valores de acordo com uma estrutura motivacional tem fortes implicações no estudo das relações dos valores com outras variáveis, já que tal implica que todo o conjunto dos 10 tipos motivacionais se relacione com uma qualquer variável de uma forma integrada.

Figura 1 – Modelo Teórico das Relações entre os Tipos Motivacionais de Valores e Dimensões Bipolares de Valores



Fonte: Adaptado de Schwartz, 1992

Com efeito, constata-se que, quanto mais próximos dois tipos motivacionais estão de qualquer uma das direções em redor do círculo, mais semelhantes são as suas motivações subjacentes. Pelo contrário, quanto mais distantes, mais antagónicas são as motivações que lhe subjazem. Enquanto que os domínios de valor de poder, realização, hedonismo, estimulação e auto-determinação se situam em regiões adjacentes do círculo, dado servirem interesses individuais, os domínios de valor de benevolência, tradição e conformidade, na medida em que servem interesses colectivos, situam-se em regiões adjacentes do círculo e em oposição aos valores que procuram servir interesses individuais. No que concerne aos domínios de universalismo e segurança, uma vez que

servem interesses mistos, surgem em regiões de fronteira situadas entre as regiões que servem interesses individuais e colectivos (Schwartz, 1992).

A localização dos tipos motivacionais de conformidade e tradição no mesmo campo sugere que ambos partilham o mesmo objectivo motivacional – subordinação do eu a favor das expectativas impostas pela sociedade. Não obstante, a conformidade situa-se mais ao centro da estrutura circular, enquanto que a tradição se localiza mais na periferia. Tal significa que os valores de tradição conflituam mais fortemente com valores opostos, sendo que as expectativas ligadas a esses valores são mais abstractas e absolutas do que as expectativas baseadas em interações com os valores de conformidade (Schwartz, 2005a).

Muito embora a teoria de valores discrimine 10 tipos motivacionais, ela postula que, num nível mais básico, os valores formam um *continuum* de motivações que se encontram inter-relacionadas. Ora, é precisamente este *continuum* de motivações que dá origem à estrutura dinâmica e circular que se encontra representada na Figura 1. A natureza deste *continuum* é clarificada pela ênfase motivacional partilhada por tipos motivacionais adjacentes (Schwartz, 1994):

- a) **Poder e Realização** – ambos enfatizam a superioridade social e a estima;
- b) **Realização e Hedonismo** – ambos focam a satisfação centrada no indivíduo;
- c) **Hedonismo e Estimulação** – ambos pressupõem o desejo pelo prazer afectivo;
- d) **Estimulação e Auto-determinação** – ambos invocam o interesse intrínseco na novidade e no domínio;
- e) **Auto-determinação e Universalismo** – ambos expressam confiança no julgamento pessoal e o conforto com a diversidade da existência;
- f) **Universalismo e Benevolência** – ambos se preocupam com a promoção do bem-estar dos outros e com a transcendência de interesses egoístas;
- g) **Benevolência e Conformidade** – ambos invocam um comportamento normativo que promova relações íntimas;

- h) **Benevolência e Tradição** – ambos promovem a devoção ao grupo a que cada indivíduo pertence;
- i) **Conformidade e Tradição** – ambos pressupõem a subordinação do indivíduo em prol das expectativas socialmente impostas;
- j) **Tradição e Segurança** – ambos sublinham a preservação de laços sociais existentes;
- k) **Conformidade e Segurança** – ambos enfatizam a protecção da ordem e a harmonia nas relações;
- l) **Segurança e Poder** – ambos salientam a superação de ameaças, através do controlo das relações e dos recursos.

O agrupamento dos valores isoladamente considerados em tipos de valores procura representar as decisões conceptualmente convenientes de situar um valor numa ou noutra região na estrutura circular. As diferenças motivacionais entre tipos de valores são contínuas e não discretas, e têm uma maior relação conceptual no limiar dos tipos de valores adjacentes. Se tipos de valores adjacentes na estrutura circular são compatíveis, na medida em que perseguem objectivos semelhantes, o aumento da distância entre dois valores em torno do círculo indica diminuição da compatibilidade e aumento de conflito entre valores, sendo o maior foco de conflito quando os valores se situam em lados diametralmente opostos da estrutura circular (Schwartz, 1992).

Consequentemente, em estudos empíricos, os valores de tipos motivacionais adjacentes podem não emergir claramente em regiões distintas. Por outro lado, valores e tipos de valores que expressam motivações opostas devem ser inconfundivelmente discriminados uns em relação a outros (Schwartz, 1994).

Os 10 tipos de valores encontram-se organizados em duas dimensões bipolares compostas por domínios superiores de valores que combinam os tipos de valores padrão (Schwartz e Sagiv, 1995). As oposições entre tipos de valores que competem entre si podem ser facilmente percebidas pela forma como são vistos os valores quando organizados nas duas dimensões bipolares seguintes:

- a) Abertura à Mudança *versus* Conservação;
- b) Auto-Promoção *versus* Auto-Transcendência.

A primeira dimensão bipolar combina os tipos de valores de estimulação e auto-determinação - Dimensão Abertura à Mudança, por oposição aos tipos de valores de segurança, conformidade e tradição - Dimensão Conservação (Feather, 1995). De acordo com Schwartz (1992:43), *“it arrays values in terms of the extent to which they motivate people to follow their own intellectual and emotional interests in unpredictable and uncertain directions versus to preserve the status quo and the certainty it provides to relationships with close others, institutions, and traditions”*.

Neste sentido, esta dimensão opõe aos valores que sublinham a independência de pensamento e de acção e o estímulo à mudança (tipos de valores de auto-determinação e estimulação) aqueles que salientam a submissão, a auto-restricção, a preservação de práticas tradicionais e a protecção da estabilidade (tipos de valores de segurança, conformidade e tradição) (Schwartz, 1994).

No que concerne à dimensão bipolar Auto-Promoção *versus* Auto-Transcendência, nela são contemplados os tipos de valor universalismo e benevolência - Dimensão Auto-Transcendência, por oposição aos tipos de valor poder, realização e hedonismo¹³ - Dimensão Auto-Promoção (Schwartz, 1992). Segundo Schwartz (1992:43-44), esta dimensão *“arrays values in terms of the extent to which they motivate people to enhance their personal interests (even at the expense of others) versus the extent to which they motivate people to transcend selfish concerns and promote the welfare of others, close and distant, and of nature”*.

¹³ Relativamente ao domínio motivacional hedonismo, convém salientar que, na verdade, pela sua especificidade, o mesmo se situa entre os domínios superiores de abertura à mudança e auto-promoção (Schwartz, 1992) já que, apesar de ter um enfoque no “eu”, semelhante ao dos domínios inseridos na dimensão auto-promoção, não se caracteriza pela mesma motivação competitiva expressa pelos domínios realização e poder. Acresce que, o domínio hedonismo distancia-se do objectivo motivador do controlo sobre terceiros, característica esta que se encontra substancialmente presente nos domínios realização e poder. Ao invés, os valores inseridos no domínio hedonismo expressam mais a motivação pelo desafio que caracteriza a dimensão de ordem superior abertura à mudança, com a qual o domínio hedonismo se encontra adjacente.

Finalmente, no que concerne às duas dimensões bipolares em apreço, cumpre-se salientar que, a partir de 97 amostras recolhidas entre 1988 e 1993, oriundas de 44 países, com um total de mais de 25000 respondentes, Schwartz (1994) concluiu pela universalidade das duas dimensões bipolares básicas, na medida em que a dimensão Abertura à Mudança *versus* Conservação estava presente em 96 das 97 amostras recolhidas. Da mesma forma, a dimensão Auto-Promoção *versus* Auto-Transcendência revelou a sua presença em 94 das 97 amostras estudadas.

2.4 Avaliação Empírica e Validação da Teoria de Valores

Com algumas modificações, Schwartz adoptou o modelo conceptual de valores concebido por Rokeach em 1973 e construiu a sua metodologia de medição de valores. A grande inovação desta teoria de valores consistiu na criação de um conjunto de tipos de valores e de uma estrutura dinâmica de relações entre eles. Estes objectivos tinham já sido consagrados na investigação de Rokeach para uma teoria de valores (Schwartz, 1994).

A Teoria Universal de Schwartz foi testada em várias culturas, baseando-se em dados de 210 amostras de 67 países localizados em todos os continentes. Os dados foram recolhidos entre 1988 e 2002 e o número total de participantes foi de 67 271. As amostras incluem grupos altamente diversificados em termos de geografia, cultura, língua, religião, idade, género e profissão. Várias amostras da mesma cultura permitem que se compare variações intraculturais no contexto empírico de uma teoria e estrutura de relações de valores, ajudando a separar os aspectos específicos da cultura dos aspectos universais no que respeita ao significado e estrutura de valores (Schwartz e Sagiv, 1995). As amostras utilizadas na dedução da teoria universal de valores incluíram amostras representativas de um país ou região (16), professores de liceu (74), estudantes de várias licenciaturas (111), adolescentes (10) e amostras por conveniência de adultos (22).

Para cada amostra, foi preparada uma matriz de correlações de Pearson entre 57 valores, analisada mediante a utilização da SSA (*Smallest Space Analysis*), uma técnica de escalonamento não métrica que distribui os valores como pontos num espaço multidimensional, sendo que as distâncias entre os pontos reflectem as inter relações entre os valores. Quanto maior for a semelhança conceptual

entre dois valores, mais relacionados eles devem estar empiricamente e, como tal, mais próximas devem ser as suas localizações no espaço multidimensional.

Esta técnica permite a geração de mapas bidimensionais de relações entre valores, mas sem linhas de separação. O delineamento *a priori* dos valores guia as divisões dos mapas. Na sua utilização, o primeiro passo consiste em localizar as regiões nas quais os valores que demarcam cada tipo motivacional aparecem. Em segundo lugar, deve-se proceder à localização dos valores que se situam nas margens externas de cada região identificada, traçando linhas de fronteira que ligam esses valores (Schwartz, 2005a).

Desta forma, se o conteúdo motivacional dos valores é o mais forte princípio da organização de prioridades axiológicas dos indivíduos, as relações entre valores no espaço bidimensional deveriam reflectir esse conteúdo. Como tal, seria possível dividir o espaço em regiões distintas, contendo os valores que representam cada um dos 10 tipos motivacionais. Se a teoria descreve de forma precisa a estrutura de relações de tipos motivacionais, então as regiões observadas formariam um padrão semelhante ao modelo teórico postulado¹⁴.

De acordo com a teoria de valores, as diferenças motivacionais entre os valores são contínuas e não discretas. Assim, os valores formam um *continuum* motivacional de modo a que, quando dividimos um mapa em regiões de tipos motivacionais distintos, as decisões sobre onde um conjunto pouco definido termina e o outro começa são arbitrárias. Valores que, na estrutura circular, se situem perto das fronteiras de tipos motivacionais adjacentes acabam por se sobrepor em termos do seu significado. Como tal, em alguns trabalhos empíricos, valores de tipos motivacionais adjacentes podem-se misturar ao invés de emergirem em regiões claramente distintas. Sem prejuízo destas considerações, os valores e tipos motivacionais que expressam

¹⁴ A estrutura circular dos tipos motivacionais captura as relações dinâmicas de conflito e compatibilidade entre os mesmos. Assim, para cada amostra deve ser avaliada a concordância geral entre os dados obtidos e a teoria de valores, designadamente através da comparação da estrutura dos tipos motivacionais observada pela SSA (que, como já foi referido, constitui uma técnica de escalonamento não métrica que analisa a estrutura de similaridade) e o modelo teórico das relações de valores postulado por Schwartz. O número de inversões simples na ordem dos tipos motivacionais adjacentes (“movimentos”) que é necessário efectuar para reordenar a disposição observada, adequando-a ao modelo conceptual, serve de medida de ajuste do modelo.

motivações opostas devem ser nitidamente discriminados e apresentar-se em regiões distantes umas das outras.

Na avaliação dos resultados das amostras em termos da clara discriminação dos tipos motivacionais, Schwartz (2005a) adoptou três critérios:

- a) Uma região delimitada deve incluir pelo menos 60% dos valores postulados *a priori* para indicar aquele tipo motivacional;
- b) Pelo menos 70% dos valores da região devem ser julgados *a priori* como potencialmente representativos das metas do tipo motivacional;
- c) A região deve incluir não mais do que 33% de valores postulados para pertencer a outro tipo motivacional.

Não sendo encontrados estes critérios, é avaliada a possibilidade de dois tipos motivacionais diferentes serem agregados numa só região conquanto a região contenha pelo menos 50% dos valores que pertencem a cada tipo motivacional e pelo menos 70% dos valores da região retratem os objectivos desses dois tipos motivacionais.

Se nenhum dos dois conjuntos de critérios for passível de ser enquadrado na situação em causa, é legítimo concluir-se que aquele tipo motivacional não foi discriminado pela amostra.

Finalmente, cumpre-se salientar que, para utilizar as prioridades axiológicas do indivíduo enquanto variáveis dependentes ou independentes, devem ser seleccionados valores que indiquem cada um dos tipos motivacionais. Se uma SSA for feita com dados de uma amostra, podem ser seleccionados os valores que emergirem na região de cada tipo motivacional, conquanto a sua significância motivacional seja apropriada (Schwartz, 2005a).

Tendo por base a metodologia descrita, Schwartz (1994; 1992; Schwartz e Bilsky, 1990) confirma que indivíduos, num considerável número de culturas, distinguem os 10 tipos de valores e os correspondentes objectivos motivacionais, quando aquelas definem a importância de certos

valores como princípios que guiam as suas vidas¹⁵. Acresce que, existe uma evidência bastante consistente que confirma que indivíduos das sociedades contemporâneas, quando pensam na importância dos seus valores, reconhecem implicitamente os 10 tipos de valores e os conflitos e compatibilidades entre eles, postulados pela teoria universal de Schwartz.

O questionário baseado na teoria constitui um instrumento útil e versátil para novas e futuras pesquisas sobre valores humanos. Ao combinar os valores isolados que expressam o objectivo de cada tipo de valor, podem ser daí derivados razoáveis e fiáveis índices da prioridade atribuída a cada valor (Schwartz, 1994). Com a utilização destes índices, em detrimento de valores isolados, a probabilidade de serem deduzidos resultados significativos aumenta consideravelmente. Estes índices podem igualmente assegurar a construção de uma boa equivalência de significados transculturais, conquanto eles sejam construídos a partir dos valores que emergem em grande proporção das regiões do mesmo tipo de valores (mais ou menos 75%).

Finalmente, a validade transcultural dos índices de valores torna possível a comparação de alguns itens. Não só as prioridades axiológicas entre grupos de diferentes nações podem ser comparadas, como as relações de prioridades axiológicas com itens como a política social, experiência individual, comportamento e atitudes podem ser analisadas em todas as sociedades, por forma a discriminar os processos universais de influencia mútua dos processos relacionados com circunstâncias sociais e culturais (Schwartz, 1994).

A validade da teoria de valores pessoais não depende, porém, quer do instrumento de mediação de valores que venha ser utilizado, quer do tipo de população em estudo. Não obstante, ainda não foi possível comprovar a sua aplicabilidade a grupos tribais isolados e sem exposição a factores como a urbanização, os *mass media* e aos princípios reguladores da economia de mercado (Schwartz, 2005a).

¹⁵ No que concerne a esta afirmação de que os indivíduos atribuem uma importância relativa aos valores que consideram como princípios que orientam as suas vidas, convém indagar sobre a possibilidade de eles, quando respondem ao questionário, reflectirem as suas verdadeiras prioridades axiológicas ou, inversamente, retratarem aquelas que são ideias normativas socialmente ou culturalmente aprovadas. Sendo este último caso verdadeiro, os valores medidos poderiam ser melhor entendidos enquanto símbolos das convenções culturais e não como expressões individuais de características psicológicas.

2.5 Qualidade em Serviços de Saúde

*“In the area of traditional health-care research
The quality of health care has been viewed
From a different perspective. Quality has been
Defined as the ability to achieve desirable objectives
Using legitimate means, where the desirable
Objective implied an achievable state of health.”*

Lee *et al.*, 2000

Num mundo em que a competitividade se afere como cada vez mais feroz e vincada, considerar a qualidade como o *ex libris* de uma organização pode ser a chave para a sobrevivência e para o sucesso (Prabhakaran, 2003; Sureshchandar, Rajendran e Kamalanabhan, 2001). Assim, a qualidade, e conseqüentemente a satisfação do consumidor, constitui uma área especialmente importante para a avaliação da performance de uma organização, e ainda mais relevante quando nos reportamos ao sector dos serviços, dada a sua intangibilidade (Prabhakaran, 2003).

O conceito de qualidade assume diversas acepções na literatura, relacionando-se quer com os procedimentos, quer com a capacidade de servir determinados fins ou mesmo reportando-se à excelência de uma organização. Existem, ainda, outros significados de qualidade que a fazem coincidir com os conceitos de eficiência, eficácia e produtividade.

A qualidade implica, assim, e globalmente, a actuação sobre vários pontos do sistema: objetivos da organização, conformação com os padrões do serviço, envolvimento dos consumidores e trabalhadores, medição de resultados e melhoria contínua, desenvolvendo-se, porém, em torno da ideia de que a sua definição resulta da comparação que consumidores fazem entre as suas expectativas de um determinado serviço e a percepção da forma como o mesmo lhes é oferecido (Caruana, Ewing e Ramasehan, 2000).

2.5.1 Especificidades dos Serviços

No processo de compra, o consumidor utiliza várias características tangíveis dos produtos para avaliar a sua qualidade: estilo, cor, marca, tacto, rigidez, adequação às necessidades. Por outro lado, na aquisição de serviços, existem poucos indicadores tangíveis. Na grande maioria dos casos, as evidências de tangibilidade limitam-se às condições físicas, equipamento e pessoal. Na ausência de características de tangibilidade nas quais seja possível avaliar a qualidade, os consumidores têm que seleccionar outros indicadores. Entre estes, encontra-se designadamente o preço como factor de avaliação da qualidade dos serviços (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Ao contrário dos produtos, que podem ser objectivamente medidos através de indicadores como a sua robustez ou o número de defeitos (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988), o conceito de qualidade de serviços encontra-se associado a três características que particularizam este sector (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988, 1985): intangibilidade, heterogeneidade e indissociabilidade dos actos de produção e consumo do serviço. Temos assim que os serviços são intangíveis, na medida em que são desempenhos e não objectos, sendo apreciados de forma subjectiva. A maioria dos serviços não pode ser contabilizada, inventariada, testada e verificada em termos de qualidade antes da sua venda. Dada a intangibilidade deste sector, a empresa pode ter dificuldades em perceber a forma como os consumidores vêm a prestação dos seus serviços e avaliam a qualidade dos mesmos (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Para além desta característica, os serviços são também heterogéneos porque a sua performance varia frequentemente de dia para dia, de prestador para prestador e de consumidor para consumidor. Como nem todos os consumidores têm as mesmas prioridades e, por conseguinte, as mesmas necessidades, torna-se difícil avaliar a qualidade dos serviços prestados (Rocha, 2006). Acresce que, não sendo fácil assegurar a estabilidade da prestação do serviço por parte dos profissionais, o serviço que a empresa pretende oferecer ao consumidor pode vir a ser completamente diferente daquele que o consumidor efectivamente recebeu (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Finalmente, os serviços são actividades ou séries de actividades ou processos em que a produção e o consumo são simultâneos, pelo que a qualidade ocorre durante a prestação do serviço e aquando da interacção entre o cliente e o prestador.

Por todas estas particularidades, a qualidade em serviços tem sido amplamente debatida, sendo actualmente mais ou menos consensual a dedução de três afirmações (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985):

1. A qualidade de serviços é mais difícil de ser avaliada pelo consumidor do que a qualidade de produtos;
2. A percepção da qualidade dos serviços resulta da comparação das expectativas dos consumidores com a performance do serviço;
3. A avaliação da qualidade não pode ser feita tendo somente em conta o resultado do serviço, devendo, igualmente, ser consideradas as avaliações relativamente ao processo de prestação do serviço.

2.5.2 Medição da Qualidade em Serviços

Pelo substancial, acelerado e contínuo aumento dos trabalhos de investigação em matéria de qualidade de serviços se constata que têm sido aplicados vários modelos de avaliação da qualidade dos serviços.

Parasuraman, Zeithaml e Berry, autores frequentemente referenciados na área da avaliação da qualidade, concluíram pela concepção da qualidade em termos da diferença entre o serviço recebido e o serviço esperado (Lee *et al.*, 2000; Mehta, 1998). Como tal, estes autores construíram um modelo de avaliação da qualidade do serviço, baseando-se nos modelos de satisfação de Oliver (1980) e de Brown e Swartz (1989).

A inspiração teórica do modelo de avaliação da qualidade de serviços proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry assenta na dicotomia do paradigma expectativa¹⁶/satisfação. A qualidade emerge da discrepância verificada entre as expectativas iniciais e a performance actual percebida. Segundo os autores, “*service quality is the degree and direction of discrepancy between consumers’ perception and expectations in terms of different but relatively important dimensions of the service quality which can affect their future behaviour*” (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985:46). A este nível, podem ser avançadas três situações: tem qualidade o produto que tem um desempenho de acordo com o esperado ($E - expectativa = D - desempenho$); existe uma maior qualidade quando o produto tem um desempenho superior ao esperado ($E < D$); considera-se que o consumidor não atribui nenhum nível de qualidade quando o produto tem uma performance abaixo do que é expectável ($E > D$) (Caruana, Ewing e Ramaseshan, 2000).

Na sequência da criação do modelo de avaliação da qualidade, Parasuraman, Zeithaml e Berry avançaram com a criação daquela que é tida como a mais utilizada escala de medição da qualidade de serviços, o SERVQUAL. Desde o seu desenvolvimento, esta escala tem sido aplicada por vários investigadores em diversas e distintas áreas, sendo que a saúde é já um sector com alguns estudos desenvolvidos neste âmbito (Lee *et al.*, 2000).

Este instrumento pode ser utilizado num sem número de sectores e organizações públicas ou privadas (Stafford *et al.*, 1999), como também serve uma grande diversidade de propósitos e aplicações, a saber (Parasuraman e Zeithmal, 2002):

1. Determinação do resultado médio do hiato (entre as percepções e expectativas dos clientes) para cada atributo do serviço;
2. Conhecimento da qualidade dos serviços da empresa ao longo do processo de avaliação das cinco dimensões do SERVQUAL;

¹⁶ A literatura tem avançado várias classificações do conceito de expectativa. Na aproximação da satisfação subjectiva à satisfação do consumidor, as expectativas reflectem as previsões ou antecipações da performance do produto/serviço. Já a literatura existente sobre qualidade de serviços define as expectativas como desejos dos consumidores, ou seja, como aquilo que os consumidores consideram que o prestador deve oferecer em detrimento do que ele efectivamente oferece. Assim, as expectativas são vistas como padrões normativos de vontades futuras (Caruana, Ewing e Ramaseshan, 2000).

3. Aferição do resultado ponderado do SERVQUAL na organização, que tem em consideração não só o hiato da qualidade de serviços para cada dimensão, como também a importância relativa da dimensão;
4. Análise frequente da evolução ao longo de um período de tempo das expectativas e percepções dos clientes pelos atributos individuais do serviço e/ou pelas dimensões do SERVQUAL;
5. Comparação do resultado do SERVQUAL da empresa com o dos seus concorrentes;
6. Identificação e análise dos segmentos de clientes que diferem substancialmente na sua visão de performance do serviço desenvolvido pela empresa;
7. Medição da qualidade interna do serviço, ou seja, da qualidade do serviço prestada por determinado departamento ou secção da organização e avaliada por trabalhadores da mesma empresa.

A escala do SERVQUAL foi construída com base nos procedimentos recomendados para o desenvolvimento de medidas válidas e fiáveis dos conceitos de marketing (Asubonteng, McCleary e Swan, 1996).

Parasuraman, Zeithaml e Berry concluíram em 1985 que os consumidores avaliavam a qualidade dos serviços através da comparação entre as expectativas e a performance tendo por base as 10 dimensões básicas por eles identificadas: acessibilidade, comunicação, competência, cortesia, segurança, tangibilidade, fiabilidade, prontidão, confiança e compreensão ou dedicação. As dimensões da qualidade representam os pontos críticos da prestação de um serviço, que podem causar a discrepância entre a expectativa e o desempenho e que devem ser minimizadas a fim de se alcançar um padrão adequado de qualidade (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Estudos subsequentes vieram condensar estas 10 dimensões em apenas cinco (*vide* tabela 2), o que conduziu ao desenvolvimento do instrumento de medição da qualidade SERVQUAL, com uma escala de 22 itens. Assim, as dimensões determinantes da qualidade dos serviços passaram a ser tangibilidade, fiabilidade, prontidão, confiança e empatia. As dimensões confiança e empatia

incluíram sete das 10 dimensões originais. Nos estudos elaborados por Parasuraman, Zeithaml e Berry, e conducentes à versão actual do SERVQUAL, a dimensão fiabilidade foi considerada como a mais importante e, inversamente, a dimensão empatia foi tida como a menos importante nas amostras analisadas (Lee, Lee e Yoo, 2000).

Tabela 2 – Dimensões da Qualidade

<i>Dimensão</i>	<i>Conceito</i>
Fiabilidade	Relaciona-se com o desempenho e a performance da empresa (fazer bem à primeira). Também significa que a empresa honra os seus compromissos, designadamente através da manutenção da qualidade dos registos, preocupação com uma facturação rigorosa e prestação do serviço no momento designado.
Prontidão	Refere-se à vontade e preparação dos prestadores para a realização do serviço. Relaciona-se com a prestação do serviço no prazo estipulado, com a rapidez e o cumprimento da agenda marcada.
Confiança	Reporta-se à honestidade e implica em que a empresa esteja comprometida em atender aos interesses e objectivos dos clientes. Para a dimensão confiança contribuem as características pessoais dos empregados de contacto, a reputação e o nome da empresa e o interface com os clientes no grau dificuldade em vender os serviços.
Empatia	Significa que a organização se esforça para compreender as necessidades dos seus clientes. Esta dimensão envolve, essencialmente, a compreensão dos requisitos específicos dos clientes, um contacto personalizado com os consumidores e o reconhecimento dos clientes mais frequentes.
Tangibilidade	Refere-se à inclusão e demonstração das evidências físicas do serviço, tais como instalações, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados no serviço, representação física do serviço.

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988

A escala foi desenvolvida com a construção, *apriori*, de 100 afirmações dirigidas aos consumidores, para cada perspectiva – expectativas e performance, através das quais se solicitava que os mesmos atribuíssem uma pontuação ao serviço em termos das expectativas e da performance relativamente a características específicas que se pensava reflectirem as 10 dimensões consideradas. Em consonância com os procedimentos recomendados para o desenvolvimento de uma escala (Smith, 1999), cerca de metade das afirmações relativas às expectativas dos consumidores e, da mesma forma, às suas percepções, foram construídas pela forma negativa. No entanto, este formato trouxe diversos obstáculos na medida em que estas afirmações colocadas pela negativa causavam algum desconforto e eram confusas para os consumidores (os dados obtidos através da realização de um pré-teste revelaram, inclusivamente, maiores desvios-padrão nas afirmações colocadas de forma negativa, por comparação com os resultados obtidos para as afirmações colocadas pela afirmativa) e pareciam diminuir a fiabilidade das dimensões nas quais se encontravam integradas. Face ao exposto, concluiu-se pela conversão das afirmações negativas em afirmações positivas (Parasuraman e Zeithmal, 2002).

Ambas as escalas (medição das expectativas e das percepções dos consumidores relativamente a um determinado serviço) foram desenvolvidas de acordo com uma pontuação variável entre 7 – concordo plenamente e 1 – discordo plenamente. A escala das expectativas tem como objectivo a medição da forma como os consumidores sentem que uma determinada empresa possui um atributo específico no serviço que presta. Por outro lado, a escala de percepções correspondente visa medir a forma como os consumidores sentem que a empresa efectivamente detém o atributo do serviço que prestou ou vai prestar (Parasuraman e Zeithmal, 2002).

Numa segunda fase, os dados foram analisados através do agrupamento de questões que aparentemente iriam medir as mesmas dimensões da qualidade. A análise factorial foi, neste sentido, uma ferramenta importante na construção do modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry, na medida em que forneceu os meios necessários à determinação das questões que objectivavam medir cada dimensão. As questões que não se relacionavam directamente com alguma dimensão foram eliminadas. Uma versão revista da escala foi administrada a uma segunda amostra e, como resultado deste processo, foi obtida a já mencionada escala de 22 itens/questões para a medição das cinco dimensões obtidas com a análise factorial. Uma vez que as expectativas são medidas através de 22 questões e a performance é pontuada usando 22 questões paralelas, no total, são utilizadas

no modelo 44 questões. A qualidade é medida pela relação expectativa/performance para cada par de questões e o resultado das 22 questões base é a medida da qualidade do serviço, ou seja, se o resultado da performance for seis e o das expectativas for também seis, então o resultado da qualidade é igual a zero, uma vez que o serviço terá, assim, correspondido às expectativas do consumidor (Asubonteng, Mcclary e Swan, 1996).

2.5.3 O Modelo dos Hiatos da Qualidade em Serviços

Tal como já foi referido, a qualidade do serviço, na perspectiva do cliente, pode ser formalmente definida como o hiato ou a discrepância entre as expectativas e as percepções dos clientes do serviço que lhes é prestado.

No sentido de auxiliar as empresas a identificar os factores que determinam a qualidade do serviço, os autores desenvolveram o Modelo dos Hiatos da Qualidade em Serviços (figura 2). O modelo compreende uma visão integrada e estruturada dos factores determinantes da qualidade de serviços e posiciona os conceitos-chave, as estratégias e as decisões de forma a que as mesmas tenham início no cliente, construindo a gestão e o funcionamento da organização em torno do que é necessário para encerrar o hiato entre as expectativas e as percepções do cliente.

O modelo dos hiatos centra-se na importância dada ao hiato do cliente. Para encerrar este hiato, outros quatro (hiatos do prestador) carecem de ser igualmente encerrados. Os hiatos do prestador são os seguintes (Parasuraman e Zeithmal, 2002):

Hiato 1: Não saber o que os clientes esperam;

Hiato 2: Deficiente concepção do serviço e dos padrões do serviço;

Hiato 3: Não proporcionar o serviço programado;

Hiato 4: Não fazer corresponder a performance com o serviço comunicado/prometido.

Frequentemente nos deparamos com as dificuldades em traduzir as expectativas dos clientes em especificações da qualidade de serviço. Estes problemas são reflectidos no hiato 2, que traduz a diferença entre a percepção por parte da organização das expectativas dos seus clientes e o desenvolvimento dos processos e padrões do serviço (Parasuraman e Zeithmal, 2002).

O hiato 3 consiste na diferença ou discrepância entre o serviço planeado e a real performance dos serviços por parte dos trabalhadores da organização. Pese embora o facto de serem tidas em conta as *guidelines* existentes ao nível da performance dos serviços e do correcto tratamento dos clientes, a elevada qualidade da performance dos serviços não constitui uma certeza. As especificações do serviço carecem de ser asseguradas pelos recursos mais apropriados e com vista ao seu aproveitamento eficaz (Parasuraman e Zeithmal, 2002).

Finalmente, o hiato 4 encerra a diferença entre a prestação do serviço e a comunicação externa ao mercado alvo. A discrepância entre o serviço prestado e o serviço prometido (através da publicidade pelos *media*, das estratégias de venda ou outras técnicas de comunicação externa) tem um efeito adverso no hiato do cliente. Neste sentido, torna-se necessário articular o sistema de comunicação externa de marketing com as características formais e materiais do serviço prestado (Parasuraman e Zeithmal, 2002).

2.5.4 Discussão em torno do SERVQUAL

O SERVQUAL tem sido vastamente estudado em termos da sua validade e fiabilidade. Sem prejuízo da considerável investigação que tem sido feita, existem ainda alguns problemas associados ao SERVQUAL, que carecem de resolução. Entre eles emergem questões relacionadas com a necessidade de aprofundar a investigação das expectativas, a elaboração dos hiatos que constituem o modelo de avaliação da qualidade e a estrutura factorial na qual assenta o modelo (Caruana, Ewing e Ramaseshan, 2000)¹⁷.

¹⁷ Como resposta a estas críticas, Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolveram, em 1994, três formatos alternativos do SERVQUAL (Parasuraman e Zeithmal, 2002). No decurso das suas investigações, os autores concluíram pela maior utilidade do questionário de três colunas, na medida em que o mesmo pode ser usado para efeitos de

Relativamente às questões relacionadas com a necessidade de interpretar e operacionalizar a componente das expectativas, Parasuraman, Zeithaml e Berry apresentaram diversas clarificações, evidências adicionais e uma vasta contra-argumentação com vista a reafirmar as características psicométricas do SERVQUAL e a sua utilidade prática. Neste sentido, de acordo com os autores do SERVQUAL, é necessário sublinhar algumas considerações (Parasuraman e Zeithmal, 2002):

1. Alguns estudos têm demonstrado evidências substanciais de que os resultados na componente das percepções explicam uma variância mais significativa nas avaliações da qualidade do serviço por parte dos consumidores do que aquela que é verificada a partir do diferencial entre perspectivas/expectativas;
2. Apesar de a definição de qualidade de um serviço como um *trade-off* entre as expectativas e as percepções dos consumidores ser conceptualmente simples, a operacionalização desta definição tem sido controversa, porquanto encerra várias formas de interpretação do conceito de expectativa;
3. A operacionalização de qualquer conceito enquanto resultado da diferença entre outros dois conceitos, tal como acontece no SERVQUAL, tem sido questionada por razões psicométricas, especialmente quando este resultado é utilizado em análises multivariadas.

Outra crítica muito debatida resulta da falta de consistência na replicação das dimensões da qualidade do modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry em diferentes serviços, em diferentes ambientes de prestação de serviços (Parasuraman e Zeithmal, 2002; Lee, Lee e Yoo, 2000). Esta falta de fiabilidade do instrumento é, no entanto, também evidente noutras escalas de medição da

diagnóstico oferecendo, ainda, a possibilidade de utilizar os itens de percepção em separado para aqueles que manifestem interesse em maximizar as capacidades predictivas do instrumento. Entre outras inovações, o novo formato incorpora a redefinição da perspectiva das expectativas do modelo de hiatos em expectativas mínimas e desejáveis, bem como o uso de uma escala de nove pontos. Acresce que, ainda no âmbito destas melhorias deste instrumento de medição da qualidade, foram providenciadas algumas adequações no sentido de eliminar um dos itens originais, o que permitiu a sua redução para 21 itens e a reordenação de alguns dos parâmetros (Caruana, Ewing e Ramaseshan, 2000).

qualidade, aplicadas num determinado serviço. Acresce que estas escalas falham, também, na tentativa de captar os antecedentes do processo de avaliação do indivíduo (Ekinci, 2001).

Em 1992, Cronin e Taylor avançaram com a elaboração de um novo instrumento de medição da qualidade de serviços – SERVPERF, através do qual se pretende medir apenas as percepções, sugerindo que a eliminação das expectativas reduz as ameaças potenciais de fiabilidade e validade associadas ao uso de diferenças (Stafford *et al.*, 1999).

Os autores do SERVPERF ressaltam, ainda, que a qualidade deve ser vista mais como uma atitude do cliente nas dimensões da qualidade, pelo que não deve ser medida com base no modelo desenvolvido por Oliver em 1980, ou seja, não deve ser medida através das diferenças entre a expectativa e o desempenho (Miguel e Salomi, 2004).

Cronin e Taylor (1992) concluíram pela preferência do modelo SERVPERF na medida em que este instrumento consegue retratar melhor as variações da qualidade em relação a outros modelos e escalas testados.

Neste sentido, os autores vieram questionar a validade do instrumento SERVQUAL, considerando que a proposta para medição do desempenho através do SERVPERF estaria mais alinhada com os conceitos teóricos (Miguel e Salomi, 2004).

O modelo SERVPERF é, assim, tido como uma alternativa ao instrumento SERVQUAL considerando, porém, que os 22 itens que representam as cinco dimensões da qualidade do serviço estariam conceptualmente bem construídos. De salientar que foi igualmente incluída nos questionários uma avaliação para cada um dos itens do SERVQUAL em termos da importância que lhes é atribuída.

No entanto, apesar das inúmeras críticas que lhe são apontadas, o SERVQUAL continua a suscitar o interesse, tanto de académicos como de investigadores, o que faz com que este instrumento seja, na medida do possível e comparativamente com os outros modelos desenvolvidos para medição da qualidade, aplicado a diversos sectores no âmbito da análise da performance dos serviços (Caruana, Ewing e Ramaseshan, 2000).

2.5.5 Caracterização e Medição da Qualidade em Serviços de Saúde

Os serviços de saúde têm sofrido consideráveis mudanças nos últimos anos, desde logo condicionadas pelas alterações no seu modelo de gestão e pela organização das redes de cuidados de saúde. Estas mutações fomentam, assim, uma maior competitividade no sector da saúde que, ao mesmo tempo, se depara com a emergência de três objectivos primordiais: aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e redução de custos (Andaleeb, 2000; Lee *et al.*, 2000).

Para serem bem sucedidas, ou mesmo com vista à sua sobrevivência, é fundamental às organizações de saúde, não só facultar aos utentes dos serviços de saúde um serviço que vá de encontro às suas expectativas, como também saber quais as dimensões que os profissionais de saúde valorizam em termos da sua aceção de um serviço de qualidade.

Neste sentido, torna-se necessário aferir das percepções de qualidade dos cuidados prestados, não só por parte dos utentes, como dos prestadores, aquando da organização do sistema de prestação de cuidados de saúde (Lee *et al.*, 2000).

Assim, enquanto instrumento de gestão, os questionários de satisfação são amplamente utilizados, não só na aferição de problemas de acesso e performance, como também na identificação dos destinatários dos cuidados a prestar, na clarificação de objectivos, definição de indicadores de produtividade e desenvolvimento de sistemas de informação para a gestão. Acresce que, a mais recente literatura em matéria de cuidados de saúde sugere que a satisfação dos utentes é uma preocupação dominante e transversal às decisões estratégicas definidas para o sector da saúde (Andaleeb, 2001).

No mesmo sentido, Donabedian (1988) sublinha que a satisfação dos utentes deve ser tão indispensável aos critérios de qualidade como à gestão e planeamento dos sistemas de saúde.

Historicamente, o estabelecimento de padrões de qualidade encontrava-se delegado aos médicos, pelo que, naturalmente, a qualidade era por eles definida em termos de competência técnica na prestação de cuidados de saúde. A literatura tem, no entanto, vindo a enfatizar a perspectiva no doente em matéria de qualidade dos serviços prestados, estabelecendo a relação entre as suas

expectativas e a sua percepção da prestação dos cuidados. Nos termos indicados por O'Connor, Shewuck e Carney (1994:32), *"it's the patient's perspective that increasingly is being viewed as a meaningful indicator of health services quality and may, in fact, represent the most important perspective"*. Por outro lado, a abordagem feita na área de marketing de serviços sublinha a avaliação da qualidade pela perspectiva dos destinatários desses mesmos serviços, mas ignora a necessidade de incluir a avaliação das capacidades e competências técnicas do prestador e a natureza do resultado dos actos médicos (Lee *et al.*, 2000). Especialmente na área dos cuidados de saúde, o marketing de serviços parece negligenciar o importante papel dos médicos na formação das expectativas dos doentes para o serviço prestado.

Para que as organizações de saúde sejam bem sucedidas, é tão importante quanto necessário para compreender a natureza do sistema de saúde, que sejam implementados adequados instrumentos de medição da qualidade dos serviços de saúde, sem os quais se torna difícil estabelecer as linhas de actuação e estratégias para a gestão dos serviços prestados. Também neste sector se tem dado especial notoriedade ao SERVQUAL na avaliação da qualidade dos serviços. Esta aplicação não é, contudo, linear nem unanimemente considerada dada a discussão em torno das propriedades psicométricas do SERVQUAL (sobre este assunto *vide* Lee *et al.*, 2000).

2.6 Conclusão

No capítulo que agora se dá por concluído, foi possível verificar que existe um conjunto mais ou menos estável de princípios orientadores da vida que formam um sistema de prioridades axiológicas de cada indivíduo. Estes princípios ou valores são essencialmente definidos como objectivos desejáveis que norteiam o comportamento e as acções dos indivíduos sendo, em cada situação, activados pela ordem da sua importância (Schwartz, 1992). Neste capítulo procurámos também explicar a Teoria Universal de Schwartz, que assenta nas relações estruturais de compatibilidade e conflito dos valores pessoais. Este modelo, e bem assim os instrumentos de medição dos valores pessoais desenvolvidos pelos mesmos autores irão tornar possível a prossecução da investigação desenvolvida no capítulo seguinte.

Por outro lado, e porque o nosso trabalho almeja, no final, por aferir da relação entre os valores pessoais e as dimensões da qualidade, foi também analisado o conceito de qualidade em serviços, bem como a forma de promover a sua medição. Dos instrumentos de medição da qualidade em serviços passíveis de ser utilizados na nossa investigação, optou-se por aplicar o SERVQUAL, razão pela qual no capítulo 2 é amplamente estudado este instrumento, em termos das dimensões contempladas, sua aplicação, vantagens e limitações.

CAPÍTULO 3 – QUADRO CONCEPTUAL DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Introdução

Uma investigação empírica é uma investigação na qual são feitas observações para melhor compreensão do fenómeno a estudar (Hill, 2005). O objectivo geral da nossa investigação é aferir da relação existente entre os valores pessoais dos utentes dos serviços de saúde e a forma como eles avaliam a qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

Na medida em que, lógica e cronologicamente, a revisão bibliográfica precede a formulação do problema a investigar e as consequentes hipóteses de investigação, procedemos à análise tão aprofundada quanto possível, do tema sobre o qual versa o nosso trabalho, passando em revista no capítulo 2, por um lado, as várias dimensões do conceito de valores pessoais e, particularmente, a Teoria Universal de Schwartz, por outro lado, a literatura sobre a qualidade de serviços, com especial incidência no SERVQUAL.

Feito este enquadramento, será agora construído o nosso modelo de investigação, os objectivos e hipótese de estudo, com a consequente análise e discussão dos resultados obtidos através da distribuição dos questionários pela nossa população-alvo.

3.2 Objectivos e Hipóteses de Investigação

É genericamente aceite que o sucesso de uma organização, qualquer que ela seja e independentemente de estarmos perante uma entidade pública ou privada, depende do maior ou menor grau de cumprimento do objectivo de satisfação das necessidades dos seus clientes.

Tendo em vista a promoção de uma visão orientada para o cliente, também o Estado, enquanto prestador de serviços, tem vindo cada vez mais a focalizar a sua atenção nos seus utentes, tidos como verdadeiros clientes e, como tal, ao nível do mercado da saúde, assiste-se actualmente à

busca incessante de modelos de excelência na prestação de cuidados de saúde. Estas novas linhas de orientação que colocam a tónica na prestação de serviços com qualidade tem tido o seu mais elevado grau de concretização na necessidade de proceder à acreditação dos hospitais públicos.

Com a transformação dos hospitais públicos em hospitais constituídos como sociedades anónimas (hospitais SA) em 2003, com a sua conversão *a posteriori* em hospitais EPE (entidades públicas empresariais), e sem prejuízo da estruturação da rede hospitalar por áreas de influência que não permitem que o utente possa livremente escolher o hospital onde quer ser atendido, a certificação da qualidade tornou-se uma exigência e, à semelhança do que sucede com as instituições privadas, também os hospitais públicos passaram a colocar no centro das suas preocupações o cliente e a melhoria contínua dos serviços que lhe são prestados.

Muito embora tenham sido elaborados diversos estudos empíricos no âmbito dos valores pessoais e, designadamente, da forma como estes influenciam o comportamento das pessoas ao nível da sua relação com a percepção da qualidade de serviços de saúde, esta área não tem sido muito explorada. Esta relação reveste, porém, de uma importância imensa para a gestão intermédia e de topo das unidades de saúde, porquanto poderão ser melhor e mais correctamente definidas as prioridades, estratégias e linhas de orientação para o planeamento dos serviços se forem conhecidas as necessidades dos utentes e a importância que atribuem a cada um dos aspectos que caracterizam o serviço.

No capítulo 2 do nosso trabalho, vimos que os valores são conceitos que caracterizam as pessoas ou grupos, sendo assumidos como uma concepção do desejável que influencia a forma como as pessoas seleccionam as acções ou avaliam os acontecimentos (Schwartz e Bilsky, 1987). De acordo com Schwartz (1992), existem 10 domínios de valores que resultam de três requisitos universais do ser humano: auto-determinação, universalismo, benevolência, conformidade, tradição, hedonismo, segurança, poder realização e estimulação. Uma vez que alguns domínios de valores se opõem a outros, enquanto que alguns são compatíveis entre si, a estrutura circular de valores concebida por Schwartz (1992) procura reflectir essas relações dinâmicas de conflito e compatibilidades entre valores.

No enquadramento teórico elaborado para preparação do estudo empírico, verificou-se, também, que, quanto mais próximos dois tipos motivacionais estão de qualquer uma das direcções em

redor do círculo, mais semelhantes são as suas motivações subjacentes. Pelo contrário, quanto mais distantes, mais antagónicas são as motivações que lhe subjazem. Assim, enquanto que os domínios de valores poder, realização, hedonismo, estimulação e auto-determinação se situam em regiões adjacentes do círculo, dado servirem interesses individuais, os domínios de valores benevolência, tradição e conformidade, na medida em que servem interesses colectivos, situam-se em regiões adjacentes do círculo e em oposição aos valores que procuram servir interesses individuais. No que concerne aos domínios de universalismo e segurança, uma vez que servem interesses mistos, surgem em regiões fronteiriças situadas entre as regiões que servem interesses individuais e colectivos (Schwartz, 1992). A localização dos tipos motivacionais de conformidade e tradição no mesmo campo sugere que ambos partilham o mesmo objectivo motivacional – subordinação do eu a favor das expectativas impostas pela sociedade.

Os 10 domínios de valores encontram-se organizados em duas dimensões bipolares, compostas por domínios superiores de valores que combinam os tipos de valores padrão (Schwartz e Sagiv, 1995). A primeira dimensão bipolar combina os tipos de valores estimulação e auto-determinação – Dimensão Abertura à Mudança, por oposição aos tipos de valores segurança, conformidade e tradição – Dimensão Conservação. Esta dimensão opõe aos valores que sublinham a independência de pensamento e de acção e o estímulo à mudança (tipos de valores auto-determinação e estimulação) aqueles que salientam a submissão, a auto-restricção, a preservação de práticas tradicionais e a protecção da estabilidade (tipos de valores segurança, conformidade e tradição) (Schwartz, 1994). Por outro lado, na dimensão bipolar Auto-Promoção *versus* Auto-Transcendência são contemplados os tipos de valores universalismo e benevolência – Dimensão Auto-Transcendência, por oposição aos tipos de valores poder, realização e hedonismo – Dimensão Auto-Promoção (Schwartz, 1992).

Neste sentido, e sublinhando que os valores pessoais influenciam a forma como as pessoas encaram determinados acontecimentos, procurámos investigar de que forma esses valores, considerados como os valores humanos básicos que, segundo Schwartz (1994; 1992), são comuns a qualquer pessoa, em qualquer cultura, influenciam as percepções da qualidade dos serviços de saúde.

Afirma-se frequentemente que a saúde não tem preço e que os critérios económicos não devem governar as decisões neste sector. Porém, há que reconhecer que vivemos em contexto de recursos

escassos e de necessidades virtualmente ilimitadas, pelo que tanto os indivíduos como as entidades públicas têm de tomar decisões acerca do melhor uso a dar aos recursos, os quais podem ter sempre usos alternativos. Assim, também no sector da saúde terão que ser tomadas decisões acerca da aplicação de recursos escassos. Por outro lado, no sector da saúde, para além dos recursos que têm de ser combinados para produzir bens e serviços, também existem preços, implícitos ou explícitos, existindo igualmente procura e oferta. A quantidade de recursos envolvidos no sector faz dele um dos maiores de qualquer economia. Neste sentido, pode-se considerar que o sector da saúde é economicamente relevante e contém todos os elementos inerentes a qualquer sector de actividade. Não obstante, o mercado da saúde reveste de algumas especificidades, desde logo pela presença marcante de incerteza quanto ao momento em que se necessita de receber cuidados de saúde e incerteza quanto ao custo da reposição do estado de saúde. Em geral, os indivíduos possuem aversão ao risco, pelo que se existirem mecanismos de transferência de risco para terceiras entidades, estes optam geralmente por fazê-lo. Os seguros de saúde, um exemplo desta transferência do risco, vêm diminuir o preço que o indivíduo tem de pagar pelos cuidados de saúde no momento do consumo. Outra particularidade do sector é a assimetria de informação entre o doente e o prestador de cuidados de saúde. O prestador tem mais informação que o doente, pelo que naturalmente se estabelece uma relação de agência. Essa relação de agência dá o poder de decisão ao prestador, podendo haver lugar a fenómenos de indução da procura. Também a existência de externalidades no consumo de cuidados de saúde faz do sector da saúde um mercado especial. Quer isto dizer que, por norma, os indivíduos extraem utilidade pelo facto de outros terem acesso a cuidados de saúde em função da necessidade e não da capacidade de pagar (equidade no acesso aos cuidados de saúde). Verifica-se, ainda, que a entrada de prestadores neste sector não é livre, pelo que se constata desde logo uma restrição à competição, já que apenas podem entrar no mercado da prestação de cuidados de saúde indivíduos com habilitações próprias para o efeito. Finalmente, é de salientar que, no sector da saúde, grande parte das organizações prestadoras de cuidados, e em especial as entidades públicas de prestação de cuidados de saúde não têm como objectivo o lucro, mas antes a satisfação das necessidades de saúde da população da sua área de influência.

A estas especificidades importa acrescentar que a falta de qualidade dos serviços de saúde numa unidade de saúde tem graves implicações para os doentes e para os profissionais de saúde e, por consequência, acarreta mais custos para uma instituição que, como se disse, tem um orçamento

muito limitado e numa área onde a tendência é a da redução das despesas e diminuição da produtividade em determinadas linhas de produção, tais como a urgência.

Efectivamente, o principal elemento na política de qualidade de saúde são as percepções e expectativas dos doentes às quais o sistema deve responder. As percepções dos consumidores relativamente à qualidade de um serviço resultam da comparação das suas expectativas antes da recepção de um serviço e depois da sua prestação. Isto significa que a qualidade do serviço não depende somente da reacção do utente, mas também das suas expectativas. Por outro lado, as percepções derivam não só dos processos adoptados pelo serviço, como também dos resultados da intervenção do serviço.

Parasuraman, Zeithaml e Berry concluíram em 1985 que os consumidores avaliavam a qualidade dos serviços através da comparação entre as expectativas e a performance tendo por base as 10 dimensões básicas por eles identificadas: acessibilidade, comunicação, competência, cortesia, segurança, tangibilidade, fiabilidade, prontidão, confiança e compreensão ou dedicação. As dimensões da qualidade representam os pontos críticos da prestação de um serviço, que podem causar a discrepância entre a expectativa e o desempenho e que devem ser minimizadas a fim de se alcançar um padrão adequado de qualidade (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985). Estudos subsequentes dos mesmos autores vieram condensar estas 10 dimensões em apenas cinco, o que conduziu ao desenvolvimento do instrumento de medição da qualidade SERVQUAL, com uma escala de 22 itens. Assim, as dimensões determinantes da qualidade dos serviços passaram a ser tangibilidade, fiabilidade, prontidão, confiança e empatia.

Tendo por base esta análise e com o intuito da prossecução do objectivo geral da nossa investigação que consiste, repita-se, na análise do impacto dos valores pessoais na importância que os utentes dão às diferentes dimensões da qualidade dos serviços de saúde, foi definida uma hipótese de investigação genérica. Isto porque, sendo o número de valores pessoais e de dimensões da qualidade elevado, tal proporcionaria o estabelecimento de dezenas de hipóteses. Tendo em conta que os valores pessoais guiam as atitudes das pessoas e comportamentos das pessoas em situações específicas, influenciando a percepção das pessoas sobre o desejável, será de esperar que influenciem a forma como as pessoas avaliam a importância das diferentes dimensões da qualidade do serviço. Assim, prevê-se o seguinte:

H1: Os valores pessoais estão relacionados com a importância que as pessoas atribuem às diferentes dimensões da qualidade.

3.3 Recolha de Dados

A recolha de dados revela-se como uma etapa muito importante num trabalho de investigação, na medida em que através dela são fornecidos os elementos base para a verificação (confirmação ou infirmação) das hipóteses de investigação. Desta forma, a decisão por uma ou outra técnica deve ser fundamentada, essencialmente, em critérios que tenham em conta a natureza do problema e o tipo de investigação, a quantidade de informação que se pretende obter, o grau de acessibilidade à informação, os recursos disponíveis, e bem assim o tipo e número de amostras que se possui (Graça, 2004).

A primeira distinção entre as principais técnicas de investigação empírica passa pelo suporte da informação, pelo que podemos situar-nos ao nível das técnicas de recolha de dados documentais e as não-documentais.

Neste contexto, a opção recaiu sobre as técnicas não documentais, e mais concretamente pela utilização de um questionário estruturado.

O questionário, ou inquérito por questionário, é a técnica privilegiada da investigação empírica e apoia-se basicamente numa série de perguntas ou questões, dirigidas a um conjunto de indivíduos (inquiridos ou respondentes), sob uma forma e sequência. A opção por este método deveu-se, essencialmente, aos seguintes factores: maior sistematização das respostas obtidas; existência de hipóteses de investigação muito concretas e criteriosamente definidas; maior rapidez na recolha dos dados e na sua posterior análise e, tendo em conta as variáveis em análise, com este instrumento tornava-se mais fácil o tratamento das respostas obtidas.

Havendo duas formas de administração do questionário, a directa e a indirecta, optou-se pela administração directa, pelo que os questionários foram entregues e recebidos em mão própria no secretariado do serviço de urgência, para assegurar a sua recepção e entrega em tempo útil.

3.4 Definição e Caracterização da Amostra

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados constituem a informação sob a forma de observações, ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades, que constituem os casos da investigação (Hill, 2005). Assim, um estudo de investigação exige que seja definida a população ou o universo no qual os resultados são aplicáveis (Graça, 2004).

O nosso estudo empírico foi elaborado com base numa amostra de utentes de uma unidade hospitalar que se deslocaram ao serviço de urgência deste hospital entre 01 de Agosto e 15 de Outubro de 2008. Esta instituição, com uma área de influência directa que se estende por seis concelhos da região norte, cobre uma população estimada de cerca de 350 000 habitantes. Esta população caracteriza-se pela sua juventude, sendo uma das mais jovens a nível nacional, com taxas de natalidade muito elevadas no contexto nacional e uma população predominante na indústria tradicional de mão-de-obra intensiva – têxtil, vestuário e calçado. Por outro, este concelho é igualmente marcado pelas elevadas taxas de desemprego e por um nível de baixos rendimentos generalizado. Estamos, assim, perante uma instituição de saúde de dimensão média em termos europeus, dotada de um adequado nível tecnológico, médico e hoteleiro, e cuja performance a tem colocado como um dos Centros Hospitalares de referência a nível nacional.

A nível da sua actividade assistencial, refira-se que este hospital tem uma produção considerável em todas as suas linhas de actividade, com uma lotação de 564 camas, tendo em 2007 sido realizados 25 155 internamentos, 211 732 consultas externas, 164 107 urgências e 12 690 sessões de hospital de dia.

Para além das razões subjacentes à escolha desta instituição, que emergem clara e directamente do peso que este hospital tem para a actividade assistencial da região norte, e até ao nível nacional, importa salientar que o serviço de urgência foi o local de eleição para realização do nosso estudo, não só pela maior facilidade na obtenção dos dados uma vez que, relativamente ao internamento e sem prejuízo de nos situarmos numa área crítica de doentes emergentes, o estado físico e emocional dos utentes não está tão débil e fragilizado, mas também porque o serviço de urgência, neste hospital como em qualquer outro, constitui a porta de entrada dos doentes, a linha da frente

no acesso aos cuidados de saúde e a primeira imagem de marca de uma unidade de saúde, através da qual o mesmo terá uma melhor ou pior reputação na sociedade civil. Acresce que, com cerca de 350 a 400 urgências por dia, o serviço de urgência constitui já o maior fornecedor de doentes para as restantes áreas de produção, designadamente para o serviço de internamento.

Pelas constantes e crescentes exigências de contenção de custos por parte da tutela e, não obstante, pela necessidade de obter um cada vez mais elevado grau de satisfação dos utentes, decorrente particularmente dos processos de acreditação dos hospitais, torna-se cada vez mais importante a definição ao nível da gestão das áreas prioritárias de actuação, pelo que a correcta elaboração de um diagnóstico da importância dada aos vários aspectos que definem as dimensões de qualidade e a sua relação com as características individuais dos utentes, assumem um significativo peso na ponderação das estratégias para a instituição.

Os questionários foram entregues ao secretariado do serviço de urgência da instituição de saúde, que se encarregou de os distribuir pelos utentes que se deslocaram ao serviço no período de referência (explicando-lhes o objectivo do estudo e a estrutura do questionário), à excepção dos doentes emergentes que, pela sua incapacidade e perante o compromisso assumido de não prejudicar o funcionamento do serviço, não puderam preencher o questionário. Acresce que foi igualmente referido que, por se tratar de um serviço particularmente frágil, quando não fosse possível entregar os questionários aos utentes, pelo acréscimo de trabalho, pelo aumento do movimento assistencial ou pelo elevado tempo de espera para atendimento, tal situação deveria ser tida em consideração.

O processo de aprovação da realização do questionário na instituição em questão passou pelo envio ao Presidente do Conselho de Administração de uma carta de apresentação, na qual se anexava o questionário (*vide* Anexo – pág. 116).

Obtida a anuência do hospital para a elaboração do estudo, foram entregues no secretariado do serviço de urgência 500 exemplares de questionários, tendo sido recebidos 214 questionários preenchidos no *terminus* do prazo estipulado para recolha da informação. Após uma análise cuidadosa dos questionários através da ferramenta *missing values analysis* do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), foram eliminados 26 questionários, nos quais se verificou que existia um número muito elevado de não respostas (*missings*) ou, não sendo este o caso, as

respostas não dadas eram fundamentais para a análise dos dados, não permitindo, assim, analisar determinadas variáveis. Foi, ainda, eliminado um caso de um inquirido com 13 anos por se considerar que esta idade seria inadequada para o efeito.

Com esta eliminação, obtivemos um número total de 187 questionários válidos, o que corresponde uma taxa de resposta líquida de 37,4% relativamente ao número de questionários entregue.

Apesar de ter sido eliminado um número significativo de questionários com esta análise dos casos de não resposta, nos questionários validados com *missings* muito dispersos e em variáveis diferentes, foi feita a substituição das não respostas pela média total da variável. De seguida, fomos analisar as frequências de cada variável, por forma a detectar eventuais variáveis cujos valores se encontrassem fora da escala utilizada.

Em termos da caracterização da nossa amostra, verificou-se que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (70,1%), sendo a idade muito variável, e entre os 17 e os 64 anos. Ao nível das habilitações literárias, 29,9% dos inquiridos afirmaram possuir o 12º ano do ensino secundário, 17,1% uma licenciatura/mestrado/doutoramento, 16,6% atestaram a titularidade do 6º ano e outros 16% o 9º ano, 7% alegaram possuir apenas o ensino básico primário, 6,4% um curso profissional ou artístico e, finalmente, apenas 4,8% reclamaram a detenção do bacharelato ou da frequência de um curso universitário.

No que concerne ao rendimento mensal do agregado familiar, uma percentagem significativa dos inquiridos (56,7%) situa-se num escalão muito baixo (até aos 999€) sendo que, no pólo oposto (3500-4999€) se situa apenas 3,2% da população.

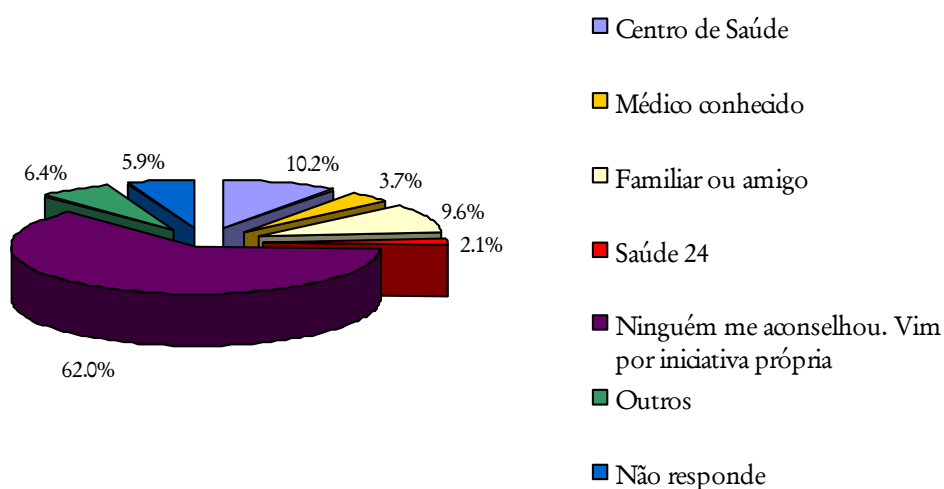
Quando inquiridos sobre a sua profissão, os utentes forneceram respostas muito diferenciadas, tendo, assim, para uma melhor análise dos dados obtidos, sido estabelecidas áreas profissionais, à excepção dos casos de estudantes, reformados, desempregados, domésticas e funcionários públicos. De acordo com estes critérios, constatou-se que, dadas as condições, 40,1% caem na categoria residual outros serviços, cuja discriminação profissional não foi atribuída, dada a variância das respostas.

Os inquiridos foram, ainda, questionados relativamente à origem, ao motivo da sua vinda ao serviço de urgência, ao tempo de espera para atendimento pelo médico e à informação obtida no posto de triagem de Manchester.

Os dados foram analisados de acordo com os gráficos que se apresentam:

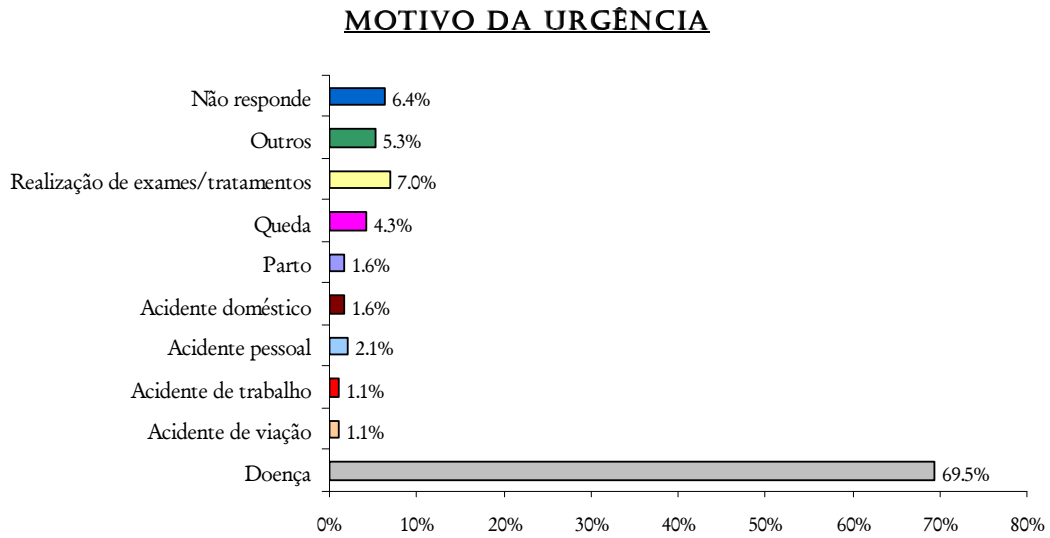
Gráfico 1 - Origem da Urgência

ORIGEM DA URGÊNCIA



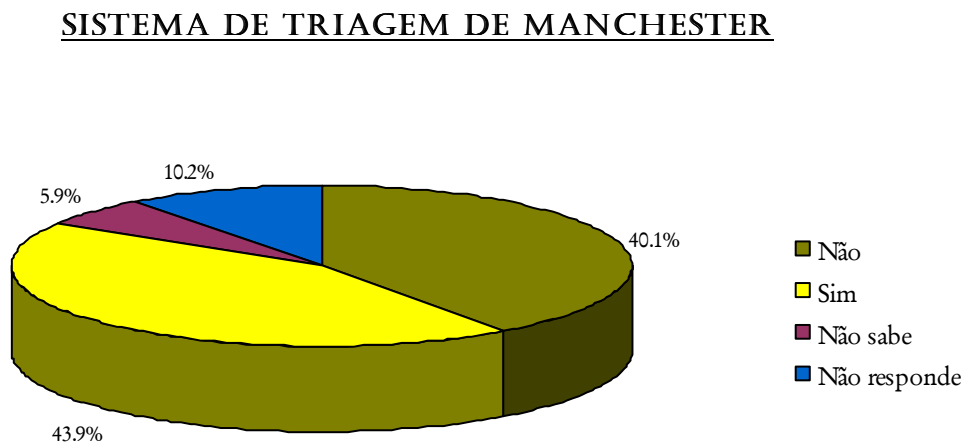
Conforme se pode verificar, a maioria dos utentes (62%) dirigiu-se ao hospital por iniciativa própria. Se tivermos em conta que os hospitais são unidades de saúde de cuidados diferenciados, é de salientar que apenas 10,2% dos doentes foram encaminhados pelo centro de saúde e 2,1% pelo saúde 24. Na categoria outros foram incluídas as respostas posto médico fechado, acompanhante, CHAA - Fafe, centro de saúde encerrado, médico de família, pediatria, Fisiguima, Hospital de Riba D'Ave e Hospital de Felgueiras, todas elas com 0,5%, à exceção da resposta de acompanhante que obteve 2,1% do total de respostas dadas pelos inquiridos.

Gráfico 2 - Motivo da Urgência



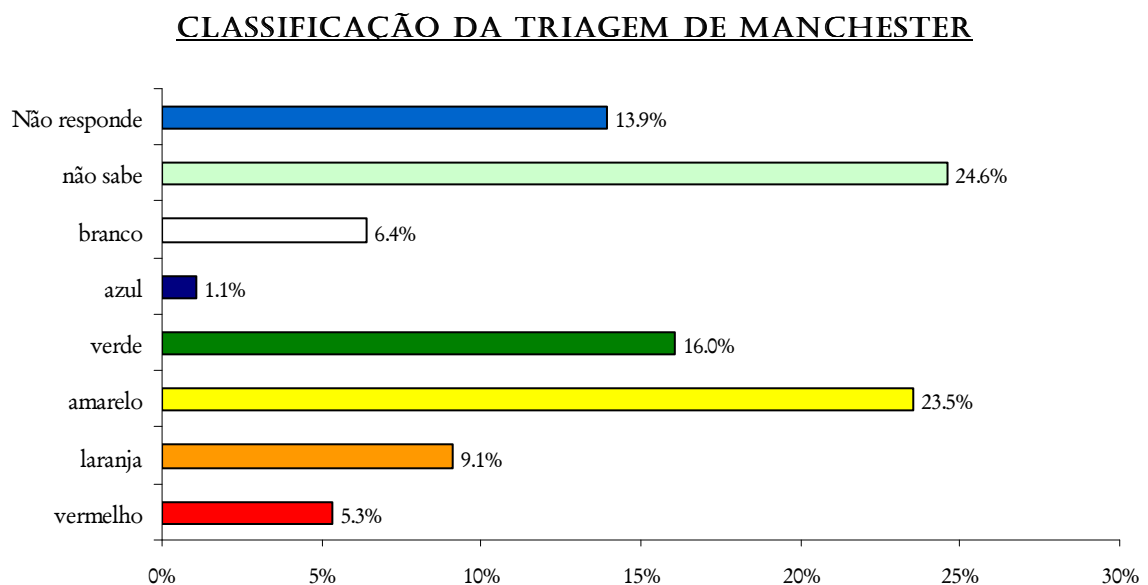
Relativamente à razão que motivou os inquiridos a deslocarem-se ao serviço de urgência, constatou-se que uma percentagem considerável veio por doença (69,5%). Algumas respostas foram agrupadas na categoria residual outros que, apesar de estarem relacionadas com o motivo doença, contempla respostas como acompanhante, operação, desmaio, infecção, bolhas de água após exposição ao sol e sintomas de doença cardíaca súbitos.

Gráfico 3 - Sistema de Triagem de Manchester



Quando questionados sobre o funcionamento do Sistema de Triagem de Manchester, um sistema que classifica os doentes de acordo com critérios de prioridade clínica, verifica-se que é muito ténue a diferença entre as respostas positivas e negativas (43,9% *versus* 40,1%, respectivamente).

Gráfico 4 – Classificação da Triagem de Manchester



Finalmente, quanto ao grau de gravidade clínica do estado de saúde dos inquiridos, verificou-se que 24,6% não sabia qual a cor atribuída à sua situação, mas valores muito próximos (23,5%) mencionam a classificação amarelo (urgente).

3.5 O Questionário e as Medida das Variáveis

Como já foi mencionado, na recolha dos dados, optou-se pelo inquérito por questionário. A construção do questionário teve por base os modelos propostos pela literatura e, como tal, é

constituído por afirmações positivas, tendo sido utilizadas escalas adequadas para medir as diferentes variáveis.

O questionário encontrava-se dividido em quatro secções, pelas quais foram distribuídas as variáveis em estudo. Na secção 1 – “Aspectos Gerais” foram formuladas algumas questões iniciais que visavam aferir as condições de deslocação dos utentes ao serviço de urgência, designadamente o motivo, a origem, o tempo de espera e a gravidade do estado clínico.

Na secção 2, sob a epígrafe “Qualidade dos Serviços de Saúde”, foram apresentadas 42 afirmações para avaliar a importância de determinados aspectos da qualidade do serviço prestado por um hospital e outras 42 afirmações reportadas ao serviço prestado pelo hospital onde o questionário estava a ser aplicado.

Na secção 3 – “Valores Pessoais” foi apresentada uma lista de 40 perfis pessoais, de acordo com o PVQ (*Portrait Values Questionnaire*), solicitando aos inquiridos que indicassem o quanto se identificavam com cada perfil.

Finalmente, a secção 4 – “Questões Finais” visou a recolha de alguma informação pertinente para a elaboração do retrato sócio-demográfico dos entrevistados.

Na medição dos valores pessoais, recorreremos, ao abrigo da teoria de valores enunciada por Schwartz em 1992 e 1994, ao PVQ. A génese deste instrumento de medição de valores reside na possibilidade de estender a teoria de valores a populações que, em investigações anteriores, haviam evidenciado posições negativas ou dados inconclusivos. O PVQ é mais directo e concreto que o SVS (*Schwartz Value Survey*) sendo, todavia, construído com base nos 10 tipos motivacionais ou dimensões que dão origem a este último.

À semelhança da versão actual do PVQ, o nosso questionário incluiu 40 curtas descrições ou perfis pessoais, que incorporaram objectivos, aspirações ou desejos implicitamente indicantes da importância de cada tipo motivacional (Schwartz *et al.*, 2001).

Neste sentido, solicitou-se a cada inquirido que, para cada perfil apresentado, fosse feita a pergunta “quanto é que esta pessoa se parece consigo?”. Cada afirmação foi medida de acordo com a seguinte escala de seis parâmetros, sendo codificadas com números as respostas dadas pelos

indivíduos, que variam entre 1 e 6: parece-se muito comigo (1); parece-se comigo (2); parece-se mais ou menos comigo (3); parece-se pouco comigo (4); não se parece comigo (5) ou não se parece nada comigo (6).

Recorde-se que, no PVQ, o nível de linguagem utilizada é o de uma criança de 11 anos. A opção pela aplicação do PVQ em detrimento do SVS, apesar da ampla utilização deste questionário na validação da teoria de valores, reside no facto de estarmos perante uma população com um nível de formação e de qualificação consideravelmente baixos, num concelho onde o nível de desemprego assume valores muito elevados na média nacional. Acresce que o serviço onde foi aplicado o questionário não se coadunava com um grande grau de complexidade das questões colocadas nem com a capacidade de interpretação de um questionário como o SVS.

O número de descrições para cada tipo de valores reflecte a amplitude da sua definição conceptual: seis para universalismo, cinco para segurança, quatro para tradição, conformidade, benevolência, auto-determinação e realização, três para estimulação, hedonismo e poder. As descrições foram ordenadas aleatoriamente, mas foi tido em consideração que as descrições que representassem o mesmo tipo motivacional seriam alternadas com as de outros domínios de valor.

As 40 afirmações contempladas no PVQ, que incorporam os valores correspondentes, foram, assim, sistematizadas da seguinte forma e por tipo motivacional:

I - CONFORMIDADE

- a) Essa pessoa acredita que todos deveriam fazer o que lhes é mandado. Ela acredita que as pessoas deveriam seguir sempre as regras, mesmo quando ninguém está a verificar o seu cumprimento.
- b) É importante para essa pessoa ter um comportamento correcto. Ela quer evitar atitudes que os outros considerem ser erradas.
- c) Essa pessoa acredita que os seus pais e os idosos devem ser sempre respeitados. É importante para ela ser obediente.
- d) É importante para essa pessoa ser educada para com os outros. Ela procura nunca incomodar ou irritar as outras pessoas.

II - TRADIÇÃO

- a) Essa pessoa acha que é importante não querer mais do que se tem. Ela acredita que as pessoas deveriam estar satisfeitas com o que têm.
- b) Ser religiosa é importante para essa pessoa. Ela esforça-se para seguir a sua fé e as suas crenças religiosas.
- c) Essa pessoa acha que é melhor fazer as coisas de forma tradicional. É importante para ela preservar os costumes aprendidos.
- d) É importante para ela ser humilde e modesta. Ela tenta não chamar atenção para si.

III - BENEVOLÊNCIA

- a) É muito importante para essa pessoa ajudar as pessoas que estão à sua volta. Ela quer cuidar do bem-estar delas.
- b) É importante para essa pessoa ser fiel aos seus amigos. Ela quer dedicar-se às pessoas que estão mais próximas de si.
- c) É importante para essa pessoa compreender as necessidades dos outros. Ela tenta apoiar os seus amigos mais próximos.
- d) Perdoar as pessoas que a magoaram é importante para essa pessoa. Ela tenta ver o que há de bom nelas e procura não demonstrar rancor.

IV - UNIVERSALISMO

- a) Essa pessoa acredita que é importante que todas as pessoas do mundo sejam tratadas com igualdade. Ela acredita que todos deveriam ter oportunidades iguais na vida.
- b) É importante para essa pessoa ouvir aqueles que são diferentes dela. Mesmo quando não concorda com eles, ainda procura entendê-los.
- c) Essa pessoa acredita convictamente que todos deveriam preservar a natureza. Cuidar do meio ambiente é importante para ela.
- d) Essa pessoa acredita que todos deveriam viver em harmonia. Promover a paz entre todos os grupos no mundo é importante para ela.
- e) Essa pessoa quer que todos sejam tratados com justiça, mesmo aqueles que não conhece. É importante para ela proteger os mais fracos na sociedade.
- f) É importante para essa pessoa a adaptação à natureza. Ela acredita que ninguém deveria modificar a natureza.

V - AUTO-DETERMINAÇÃO

- a) Pensar em novas ideias e ser criativa é importante para essa pessoa. Ela gosta de fazer as coisas de forma própria e original.
- b) É importante para essa pessoa tomar as suas próprias decisões sobre o que faz. Ela gosta de ser livre para planejar e escolher suas actividades.
- c) Essa pessoa acha que é importante explorar novos interesses. Ela gosta de ser curiosa.
- d) É importante para essa pessoa ser independente. Ela gosta de ser auto-suficiente.

VI - ESTIMULAÇÃO

- a) Essa pessoa acha que é importante fazer várias coisas diferentes na vida. Ela procura ter sempre novas experiências.
- b) Essa pessoa gosta de arriscar. Ela está sempre à procura de novas aventuras.
- c) Essa pessoa gosta de surpresas. É importante para ela ter uma vida emocionante.

VII - HEDONISMO

- a) Essa pessoa procura todas as oportunidades para se divertir. É importante para ela a satisfação dos seus desejos.
- b) Aproveitar os prazeres da vida é importante para essa pessoa. Ela gosta de satisfazer as suas vontades.
- c) Essa pessoa quer aproveitar a vida. Divertir-se é muito importante para ela.

VIII - REALIZAÇÃO

- a) É muito importante para essa pessoa demonstrar as suas competências. Ela quer que as pessoas a admirem por aquilo que ela faz.
- b) Ser bem-sucedida é importante para essa pessoa. Ela gosta de impressionar os outros.
- c) Essa pessoa acha que é importante ter ambição. Ela quer demonstrar as suas capacidades.
- d) Progredir na vida e acreditar no seu valor pessoal é importante para essa pessoa. Ela empenha-se em fazer melhor que os outros.

IX – PODER

- a) Ser rica é importante para essa pessoa. Ela quer ter muito dinheiro e possuir coisas caras.
- b) É importante para essa pessoa liderar. Ela quer que as pessoas façam o que ela manda.
- c) Essa pessoa gosta de ser a única a tomar decisões. Ela gosta de liderar.

X – SEGURANÇA

- a) É importante para essa pessoa viver num ambiente seguro. Ela evita qualquer atitude que possa colocar a sua segurança em perigo.
- b) A segurança do seu país é muito importante para essa pessoa. Ela acha que o Governo deveria estar mais atento a ameaças internas ou externas.
- c) É importante para essa pessoa que tudo esteja organizado e asseado. Ela não gosta de ver as coisas desordenadas.
- d) Essa pessoa esforça-se para não ficar doente. Estar saudável é muito importante para ela.
- e) Contar com um Governo estável é importante para essa pessoa. Ela preocupa-se com a preservação da ordem social.

Na medição da importância dada às características do serviço prestado por um hospital recorreu-se ao modelo SERVQUAL concebido por Parasuraman, Zeithaml e Berry em 1985. Contudo, o SERVQUAL, enquanto instrumento de medição da qualidade de serviços, deve ser modificado e adaptado a cada sector de prestação de serviços (Lee *et al.*, 2000). Neste sentido, procedemos à integração no nosso estudo de um modelo de SERVQUAL adaptado ao sector hospitalar, baseado no estudo de Lee *et al.* (2000). O SERVQUAL modificado inclui as cinco dimensões do SERVQUAL construído pelos seus autores (tangibilidade, fiabilidade, empatia, confiança e prontidão), mas acrescenta duas novas dimensões que procuram medir os aspectos técnicos da prestação de cuidados de saúde (competência/profissionalismo e eficácia dos serviços clínicos). Destas dimensões adicionais, a dimensão eficácia dos serviços clínicos foi considerada em Lee *et al.* (2000) como a dimensão mais importante para a medição da qualidade dos serviços de saúde e que não tinha expressão no SERVQUAL original. A inclusão destas duas dimensões adicionais tem um forte suporte da literatura, tendo sido igualmente incluídas em vários estudos empíricos sobre qualidade de serviços (*vide* Lee *et al.*, 2000).

Tendo por base o estudo supra mencionado, na elaboração do questionário foram construídas 42 afirmações positivas para a avaliação das percepções e outras 42 afirmações iguais para a medição da performance do hospital. Na medição das percepções, os inquiridos foram questionados acerca da importância atribuída aos aspectos enunciados quando reportados à qualidade do serviço prestado por um qualquer hospital. Para tanto, foi apresentada uma escala de cinco opções, onde (1) significava “pouco importante”, (2) “algo importante”, (3) representava “importante”, (4) “muito importante” e (5) correspondia a “extremamente importante”. Cada afirmação reflectiu as sete dimensões consideradas para medir a importância dada pelos utentes aos vários aspectos da qualidade dos serviços de saúde da seguinte forma:

1 - TANGILIDADE

- a) Proporcionar boa sinalização e boas condições de circulação aos utentes.
- b) Ter profissionais de saúde com uma boa aparência física e apresentação.
- c) Ter instalações físicas confortáveis e atractivas (temperatura, ruído, estado de conservação, limpeza).
- d) Ter os equipamentos necessários e tecnologia moderna para fornecer cuidados médicos completos.
- e) Ter instalações que garantam a privacidade e a segurança dos utentes.
- f) Ter documentação/panfletos atractivos com informação ao utente.

2 - FIABILIDADE

- a) Prestar bem o serviço quando o utente a ele recorre pela primeira vez.
- b) Ter capacidade para resolver os problemas dos utentes.
- c) Ter uma boa imagem e reputação na comunidade.
- d) Ter médicos com reputação entre os utentes.
- e) Ter registos clínicos sem erros, actualizados e organizados.
- f) Os serviços (internamentos, consultas, exames ou tratamentos) serem realizados na hora marcada.
- g) Os profissionais de saúde mostrarem preocupação e um interesse genuíno em resolver os problemas dos utentes.
- h) Existir rigor administrativo na emissão das facturas aos utentes e na cobrança das taxas moderadoras.

3 – COMPETÊNCIA/PROFISSIONALISMO

- a) Ter pessoal de enfermagem, de secretariado e recepção, e auxiliares de acção médica com competência e conhecimentos para o bom exercício das suas funções.
- b) Ter médicos com elevada experiência.
- c) Ter médicos altamente qualificados e com elevados conhecimentos e qualificações.
- d) Os profissionais de saúde estarem constantemente actualizados sobre os últimos desenvolvimentos científicos.

4 – EMPATIA

- a) Os profissionais de saúde terem capacidade para reduzir as preocupações do utente relativamente à sua doença ou tratamentos.
- b) Os profissionais de saúde terem consideração e respeito pelo doente.
- c) Os profissionais de saúde lembrarem-se dos nomes e cara dos utentes.
- d) Os profissionais de saúde conhecerem as necessidades individuais dos utentes.
- e) Os profissionais de saúde darem uma atenção especial a cada utente.

5 – CONFIANÇA

- a) Explicar cuidadosamente os custos dos serviços e/ou tratamentos a pagar pelo utente.
- b) Enfermeiros, auxiliares de acção médica e pessoal de secretariado e recepção demonstrarem simpatia e disponibilidade para com os utentes.
- c) Os médicos demonstrarem cortesia, simpatia e disponibilidade para com os utentes.
- d) Explicar ao utente os cuidados de saúde que lhe são prestados (sobre o diagnóstico, a doença, os medicamentos e os exames realizados).
- e) Ter profissionais de saúde que respeitem a confidencialidade da informação clínica dos utentes.
- f) O hospital transmitir confiança aos utentes.

6 – EFICÁCIA DOS SERVIÇOS CLÍNICOS

- a) Prestar serviços de saúde apenas quando haja garantia da existência de benefícios para os utentes.
- b) Melhorar a situação de saúde dos utentes.
- c) Promover a educação do doente sobre os tratamentos/doença.
- d) Promover a prevenção da doença.

7 - PRONTIDÃO

- a) Prestar os serviços/tratamentos/exames no prazo estabelecido.
- b) Prestar os serviços/tratamentos/exames sem necessidade de marcação prévia.
- c) O utente ter a possibilidade de contactar o seu médico sempre que necessário.
- d) O horário de funcionamento dos serviços ser conveniente para os utentes.
- e) Ter horário das visitas perfeitamente definido e ser rigorosamente cumprido.

O questionário aplicado no nosso estudo continha outras variáveis que, por razões supervenientes da investigação, não foram utilizadas no trabalho.

3.6 Constituição Final das Variáveis

Na análise dos dados obtidos, foi utilizado o programa estatístico SPSS. Após identificação das variáveis de estudo, procedeu-se à análise das mesmas, por forma a testar a hipótese de investigação.

Para a constituição final das variáveis, começámos por analisar a correlação inter-item e a dimensionalidade de cada uma das dimensões da qualidade, ou seja, das variáveis tangibilidade, fiabilidade, competência/profissionalismo, empatia, confiança, eficácia dos serviços clínicos e prontidão.

A dimensionalidade de cada uma das dimensões foi analisada por via da análise factorial. A análise factorial é “*um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever*” (Pestana e Gageiro, 2003:501). Esta técnica pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacente aos dados ou factores, que expressam o que existe de comum nas variáveis originais. Nem todas as variáveis se revelaram indiscutivelmente unidimensionais. Os itens das dimensões fiabilidade e empatia criavam aparentemente duas dimensões através da análise factorial. Porém, a análise do *scree plot* apontou para a existência de apenas uma

componente. Paralelamente, a análise do conteúdo dos factores extraídos não sustentava o desdobramento das dimensões fiabilidade e empatia. A análise factorial exploratória tende a extrair um maior número de factores com o crescimento do número de itens que compoñham uma escala.

Por outro lado, é de referir que, dada a estrutura circular dos valores pessoais evidenciada na literatura, não se considera adequada a aplicação da análise factorial para ajuizar da dimensionalidade destas variáveis (Steenkamp, Hofstede e Wedel, 1999).

Com vista à constituição final das variáveis em estudo, foram ainda aferidos e analisados os valores do *Alpha de Cronbach*. Este coeficiente tem como finalidade a medição da consistência interna. A consistência interna dos factores pode definir-se como “a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões” (Pestana e Gageiro, 2003:542).

O *Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência de um grupo de itens, podendo ser definido como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com o mesmo número de variáveis que medem os mesmos aspectos. Este coeficiente varia entre 0 e 1, sendo inadmissíveis resultados de *alpha* < 0,6; de fraca consistência interna valores de *alpha* entre 0,6 e 0,7; razoável quando *alpha* se situa entre 0,7 e 0,8; boa com *alpha* entre 0,8 e 0,9 e com uma consistência interna muito boa quando *alpha* > 0,9 (Pestana e Gageiro, 2003). Todavia, é de salientar que o *alpha* é muito influenciado pela correlação entre as variáveis e pelo seu número, podendo acontecer situações em a correlação entre as variáveis seja fraca, mas o *alpha* seja elevado indicando equivocadamente uma grande consistência (Pestana e Gageiro, 2003).

A análise deste coeficiente conduziu à eliminação de alguns itens (um item em cada dimensão de tangibilidade, competência/profissionalismo, empatia, confiança, objectivos dos serviços clínicos e prontidão) que diminuíam substancialmente a consistência interna das variáveis. A tabela 3 apresenta a constituição final das variáveis e o respectivo *Alpha de Cronbach*, ajustado pela eliminação de alguns itens redutores do seu valor.

Tabela 3 – Constituição Final das Variáveis

Variável	Itens	Alpha de Cronbach
Tangibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar boa sinalização e boas condições de circulação aos utentes. ▪ Ter instalações físicas confortáveis e atractivas (temperatura, ruído, estado de conservação, limpeza). ▪ Ter os equipamentos necessários e tecnologia moderna para fornecer cuidados médicos completos. ▪ Ter instalações que garantam a privacidade e a segurança dos utentes. ▪ Ter documentação/panfletos atractivos com informação ao utente. 	0,73
Fiabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar bem o serviço quando o utente a ele recorre pela primeira vez. ▪ Ter capacidade para resolver os problemas dos utentes. ▪ Ter uma boa imagem e reputação na comunidade. ▪ Ter médicos com reputação entre os utentes. ▪ Ter registos clínicos sem erros, actualizados e organizados. ▪ Os serviços (internamentos, consultas, exames ou tratamentos) serem realizados na hora marcada. ▪ Os profissionais de saúde mostrarem preocupação e um interesse genuíno em resolver os problemas dos utentes. ▪ Existir rigor administrativo na emissão das facturas aos utentes e na cobrança das taxas moderadoras. 	0,78
Competência/ Profissionalismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ter médicos com elevada experiência. ▪ Ter médicos altamente qualificados e com elevados conhecimentos e qualificações. ▪ Os profissionais de saúde estarem constantemente actualizados sobre os últimos desenvolvimentos científicos. 	0,71
Empatia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os profissionais de saúde terem capacidade para reduzir as preocupações do utente relativamente à sua doença ou tratamentos. ▪ Os profissionais de saúde lembrarem-se dos nomes e cara dos utentes. ▪ Os profissionais de saúde conhecerem as necessidades individuais dos utentes. ▪ Os profissionais de saúde darem uma atenção especial a cada utente. 	0,75
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiros, auxiliares de acção médica e pessoal de secretariado e recepção demonstrarem simpatia e disponibilidade para com os utentes. ▪ Os médicos demonstrarem cortesia, simpatia e disponibilidade para com os utentes. ▪ Explicar ao utente os cuidados de saúde que lhe são prestados (sobre o diagnóstico, a doença, os medicamentos e os exames realizados). ▪ Ter profissionais de saúde que respeitem a confidencialidade da informação clínica dos utentes. ▪ O hospital transmitir confiança aos utentes. 	0,80
Eficácia dos Serviços Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a situação de saúde dos utentes. ▪ Promover a educação do doente sobre os tratamentos/doença. ▪ Promover a prevenção da doença. 	0,78
Prontidão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar os serviços/tratamentos/exames no prazo estabelecido. ▪ Prestar os serviços/tratamentos/exames sem necessidade de marcação prévia. ▪ O utente ter a possibilidade de contactar o seu médico sempre que necessário. ▪ O horário de funcionamento dos serviços ser conveniente para os utentes. 	0,76

Variável	Itens	Alpha de Cronbach
Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa pessoa acredita que todos deveriam fazer o que lhes é mandado. Ela acredita que as pessoas deveriam seguir sempre as regras, mesmo quando ninguém está a verificar o seu cumprimento. ▪ É importante para essa pessoa ter um comportamento correcto. Ela quer evitar atitudes que os outros considerem ser erradas. ▪ Essa pessoa acredita que os seus pais e os idosos devem ser sempre respeitados. É importante para ela ser obediente. ▪ É importante para essa pessoa ser educada para com os outros. Ela procura nunca incomodar ou irritar as outras pessoas. 	0,75
Tradição	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa pessoa acha que é importante não querer mais do que se tem. Ela acredita que as pessoas deveriam estar satisfeitas com o que têm. ▪ Ser religiosa é importante para essa pessoa. Ela esforça-se para seguir a sua fé e as suas crenças religiosas. ▪ Essa pessoa acha que é melhor fazer as coisas de forma tradicional. É importante para ela preservar os costumes aprendidos. ▪ É importante para ela ser humilde e modesta. Ela tenta não chamar atenção para si. 	0,60
Benevolência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É muito importante para essa pessoa ajudar as pessoas que estão à sua volta. Ela quer cuidar do bem-estar delas. ▪ É importante para essa pessoa ser fiel aos seus amigos. Ela quer dedicar-se às pessoas que estão mais próximas de si. ▪ É importante para essa pessoa compreender as necessidades dos outros. Ela tenta apoiar os seus amigos mais próximos. ▪ Perdoar as pessoas que a magoaram é importante para essa pessoa. Ela tenta ver o que há de bom nelas e procura não demonstrar rancor. 	0,86
Universalismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa pessoa acredita que é importante que todas as pessoas do mundo sejam tratadas com igualdade. Ela acredita que todos deveriam ter oportunidades iguais na vida. ▪ É importante para essa pessoa ouvir aqueles que são diferentes dela. Mesmo quando não concorda com eles, ainda procura entendê-los. ▪ Essa pessoa acredita convictamente que todos deveriam preservar a natureza. Cuidar do meio ambiente é importante para ela. ▪ Essa pessoa acredita que todos deveriam viver em harmonia. Promover a paz entre todos os grupos no mundo é importante para ela. ▪ Essa pessoa quer que todos sejam tratados com justiça, mesmo aqueles que não conhece. É importante para ela proteger os mais fracos na sociedade. ▪ É importante para essa pessoa a adaptação à natureza. Ela acredita que ninguém deveria modificar a natureza. 	0,85
Auto-Determinação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensar em novas ideias e ser criativa é importante para essa pessoa. Ela gosta de fazer as coisas de forma própria e original. ▪ É importante para essa pessoa tomar as suas próprias decisões sobre o que faz. Ela gosta de ser livre para planear e escolher suas actividades. ▪ Essa pessoa acha que é importante explorar novos interesses. Ela gosta de ser curiosa. ▪ É importante para essa pessoa ser independente. Ela gosta de ser auto-suficiente. 	0,75
Estimulação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa pessoa acha que é importante fazer várias coisas diferentes na vida. Ela procura ter sempre novas experiências. ▪ Essa pessoa gosta de arriscar. Ela está sempre à procura de novas aventuras. ▪ Essa pessoa gosta de surpresas. É importante para ela ter uma vida emocionante. 	0,66

Variável	Itens	Alpha de Cronbach
Hedonismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa pessoa procura todas as oportunidades para se divertir. É importante para ela a satisfação dos seus desejos. ▪ Aproveitar os prazeres da vida é importante para essa pessoa. Ela gosta de satisfazer as suas vontades. ▪ Essa pessoa quer aproveitar a vida. Divertir-se é muito importante para ela. 	0,79
Realização	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É muito importante para essa pessoa demonstrar as suas competências. Ela quer que as pessoas a admirem por aquilo que ela faz. ▪ Ser bem-sucedida é importante para essa pessoa. Ela gosta de impressionar os outros. ▪ Essa pessoa acha que é importante ter ambição. Ela quer demonstrar as suas capacidades. ▪ Progredir na vida e acreditar no seu valor pessoal é importante para essa pessoa. Ela empenha-se em fazer melhor que os outros. 	0,75
Poder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser rica é importante para essa pessoa. Ela quer ter muito dinheiro e possuir coisas caras. ▪ É importante para essa pessoa liderar. Ela quer que as pessoas façam o que ela manda. ▪ Essa pessoa gosta de ser a única a tomar decisões. Ela gosta de liderar. 	0,77
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É importante para essa pessoa viver num ambiente seguro. Ela evita qualquer atitude que possa colocar a sua segurança em perigo. ▪ A segurança do seu país é muito importante para essa pessoa. Ela acha que o Governo deveria estar mais atento a ameaças internas ou externas. ▪ É importante para essa pessoa que tudo esteja organizado e asseado. Ela não gosta de ver as coisas desordenadas. ▪ Essa pessoa esforça-se para não ficar doente. Estar saudável é muito importante para ela. ▪ Contar com um Governo estável é importante para essa pessoa. Ela preocupa-se com a preservação da ordem social. 	0,79

Verifica-se, assim, que, no que concerne às dimensões da qualidade, quase todas as variáveis apresentam uma consistência razoável, com valores *alpha* acima dos 0,70, alguns até bem próximos dos 0,80, ou seja, de um bom nível de consistência interna. Exceptua-se desta análise a variável confiança, cujo *alpha* atinge já 0,80.

Ao nível dos valores pessoais, verifica-se que as dimensões benevolência e o universalismo têm uma boa consistência interna, com valores de 0,86 e 0,85 respectivamente, tendo as restantes variáveis, à excepção da tradição e estimulação, obtido valores acima dos 0,70 mas ainda dentro dos limiares da consistência tida como razoável. As dimensões tradição e estimulação obtiveram valores inferiores a 0,70 mas optou-se por mantê-las no estudo uma vez que essa foi também a opção de Schwartz nos seus trabalhos de investigação. É de salientar que nos vários trabalhos, os valores tendem a apresentar níveis de consistência da ordem dos verificados neste trabalho, o que

é justificado pelo reduzido número de itens utilizado para medir conceitos relativamente abrangentes (Savig e Schwartz, 2004).

Após a constituição final das variáveis de acordo com os critérios assinalados, aferimos as médias de cada respondente para cada dimensão da qualidade e dos valores pessoais.

De salientar que, no que diz respeito aos valores, seguindo as orientações de Schwartz, as médias para cada um dos 10 tipos de valores foi formada depois de se ter centrado. Este processo para centrar uma variável resultou na criação de uma nova variável, que constituiu o resultado do *score* de cada observação na variável original e a média global obtida para cada variável original.

A aplicação deste procedimento resulta da utilização diferente que os indivíduos ou grupos sociais/culturas fazem da escala de resposta. Esta diferença no uso da escala conduz frequentemente à obtenção de dados enviesados ou conclusões incorrectas, razão pela qual se sugere que as variáveis sejam centradas.

3.7 Conclusão

Neste capítulo foi delineada a hipótese de investigação e a metodologia a seguir tendo sido, neste sentido, apresentados os processos de recolha dos dados, a caracterização da amostra e as variáveis necessárias para testar a hipótese de investigação formulada. Para tanto, foi ainda descrito todo o processo de constituição final das variáveis.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Introdução

Este capítulo constitui o momento adequado e oportuno para a apresentação dos resultados do nosso estudo, com vista a testar a nossa hipótese de investigação. Para tanto, será feita, em primeira instância a análise correlacional das variáveis já definidas, procedendo-se posteriormente à análise dos resultados da regressão linear múltipla. Após a apresentação dos resultados obtidos, dar-se-á seguimento à discussão dos mesmos.

4.2 Análise Correlacional

Quando duas variáveis em estudo são medidas numa escala pelo menos intervalar e se assume que a amostragem tem uma distribuição normal bivariada, onde as duas variáveis estão relacionadas linearmente, a estatística comumente utilizada para medir o grau de associação entre as duas variáveis é o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, (Malhotra e Birks, 2005). O Coeficiente de Correlação é, assim, uma estatística que permite avaliar a magnitude e a direcção da associação ou correlação existente entre duas variáveis, sem que esta associação assuma qualquer tipo de funcionalidade, uma vez que nenhuma das variáveis é tida como dependente da outra variável (Maroco e Bispo, 2003).

O Coeficiente de Correlação de *Pearson* assume valores entre $-1 \leq R \leq 1$. Se $R > 0$, tal significa que um aumento da magnitude de uma das variáveis tem associado um aumento linear da outra variável (correlação positiva). Por outro lado, quando $R < 0$, um aumento de valor de uma das variáveis tem associada uma redução linear da outra variável (correlação negativa). Finalmente, para $R = 0$ considera-se que não existe qualquer associação linear entre as duas variáveis, ou seja, as variações em magnitude de uma variável não estão associadas a variações lineares da magnitude de outra variável (Maroco e Bispo, 2003).

A matriz das correlações mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de *Pearson* (Pestana e Gageiro, 2003).

Sendo o Coeficiente de Correlação de *Pearson* a estatística utilizada na nossa investigação para medir o grau de associação entre as variáveis da qualidade (tangibilidade, fiabilidade, competência/profissionalismo, empatia, confiança, eficácia dos serviços clínicos e prontidão) e as variáveis dos valores pessoais (conformidade, tradição, benevolência, universalismo, auto-determinação, estimulação, hedonismo, realização, poder e segurança), foi obtida a matriz das correlações apresentada na tabela 4 e cuja análise indica que as várias dimensões da qualidade dos serviços de saúde estão associadas aos valores pessoais. A análise pode sintetizar-se nas seguintes conclusões:

1. A dimensão *tangibilidade* está positivamente relacionada com o valor pessoal *conformidade* e negativamente correlacionada com o *hedonismo*;
2. A *fiabilidade* encontra-se negativamente relacionada com o valor pessoal *segurança*;
3. A dimensão *competência/profissionalismo* relaciona-se negativamente com o valor pessoal *estimulação*;
4. A dimensão *empatia* está positivamente relacionada com *benevolência* e *universalismo*, mas negativamente com o valor pessoal *poder*;
5. A dimensão da qualidade *confiança* não encontra qualquer relação significativa com os valores pessoais;
6. A *eficácia dos serviços clínicos* tem uma associação positiva com a *tradição*;
7. Finalmente, a *prontidão* encontra-se positivamente relacionada com o valor pessoal *poder*, estando negativamente a *conformidade*.

Pela análise dos resultados da matriz das correlações, verificamos que as diferentes dimensões da qualidade são, de certa forma, influenciadas pelos valores pessoais pelo que, nesta fase do nosso estudo, é possível confirmar a hipótese de investigação formulada.

Tabela 4 – Matriz das Correlações das Variáveis da Qualidade e dos Valores Pessoais

Dimensão/ Tipo de Valor		R de Pearson																
		Tangibilidade	Fiabilidade	Competência	Empatia	Confiança	Eficácia dos Serviços Clínicos	Prontidão	Conformidade	Tradição	Benevolência	Universalismo	Auto determinação	Estimulação	Hedonismo	Realização	Poder	Segurança
Tangibilidade	R de Pearson	1																
	Sig. (1-tailed)																	
Fiabilidade	R de Pearson	0.461**	1															
	Sig. (1-tailed)	0.000																
Competência	R de Pearson	0.651**	0.752**	1														
	Sig. (1-tailed)	0.000	0.000															
Empatia	R de Pearson	0.287**	0.470**	0.494**	1													
	Sig. (1-tailed)	0.000	0.000	0.000														
Confiança	R de Pearson	0.509**	0.420**	0.422**	0.481**	1												
	Sig. (1-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000													
Eficácia dos Serviços Clínicos	R de Pearson	0.230**	0.324**	0.318**	0.318**	0.596**	1											
	Sig. (1-tailed)	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000												
Prontidão	R de Pearson	0.235**	0.402**	0.319**	0.355**	0.432**	0.479**	1										
	Sig. (1-tailed)	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000											
Conformidade	R de Pearson	0.192**	-0.007	0.074	0.000	0.075	0.025	-0.122*	1									
	Sig. (1-tailed)	0.004	0.461	0.156	0.499	0.152	0.367	0.048										
Tradição	R de Pearson	0.063	0.114	0.116	-0.062	0.031	0.128*	-0.034	0.214**	1								
	Sig. (1-tailed)	0.197	0.080	0.057	0.199	0.336	0.040	0.322	0.002									
Benevolência	R de Pearson	0.009	0.065	0.034	0.165*	0.016	0.009	0.038	0.235**	0.102	1							
	Sig. (1-tailed)	0.453	0.187	0.322	0.012	0.414	0.450	0.301	0.001	0.083								
Universalismo	R de Pearson	-0.022	0.055	0.065	0.134*	0.001	-0.014	-0.036	0.249**	0.053	0.480**	1						
	Sig. (1-tailed)	0.385	0.229	0.187	0.034	0.495	0.424	0.313	0.000	0.234	0.000							
Auto determinação	R de Pearson	-0.032	-0.054	-0.029	0.070	-0.051	-0.055	0.028	-0.358**	-0.495**	-0.013	-0.118	1					
	Sig. (1-tailed)	0.332	0.233	0.348	0.169	0.242	0.229	0.350	0.000	0.000	0.431	0.054						
Estimulação	R de Pearson	-0.057	-0.096	-0.144*	-0.100	-0.037	-0.048	-0.059	-0.342**	-0.238**	-0.346**	-0.355**	0.162*	1				
	Sig. (1-tailed)	0.220	0.096	0.025	0.088	0.306	0.257	0.213	0.000	0.001	0.000	0.000	0.013					
Hedonismo	R de Pearson	-0.133*	-0.105	-0.105	-0.028	-0.011	-0.073	-0.085	-0.241**	-0.233**	-0.168*	-0.254**	-0.089	0.298**	1			
	Sig. (1-tailed)	0.034	0.077	0.076	0.351	0.439	0.161	0.121	0.000	0.001	0.011	0.000	0.113	0.000				
Realização	R de Pearson	-0.016	0.025	0.013	-0.007	0.023	0.000	0.083	-0.246**	-0.366**	-0.626**	-0.540**	0.086	0.118	0.135*	1		
	Sig. (1-tailed)	0.415	0.369	0.429	0.461	0.376	0.500	0.130	0.000	0.000	0.000	0.000	0.122	0.054	0.033			
Poder	R de Pearson	0.050	0.059	0.019	-0.174**	0.004	-0.002	0.131*	-0.377**	-0.114	-0.583**	-0.574**	-0.002	0.162*	-0.055	0.477**	1	
	Sig. (1-tailed)	0.250	0.211	0.400	0.009	0.477	0.491	0.037	0.000	0.060	0.000	0.000	0.487	0.014	0.229	0.000		
Segurança	R de Pearson	-0.089	-0.145*	-0.113	0.083	-0.064	-0.018	-0.025	-0.004	-0.149*	0.250**	0.192**	0.052	-0.312**	-0.159*	-0.282**	-0.417**	1
	Sig. (1-tailed)	0.113	0.024	0.062	0.130	0.191	0.403	0.366	0.481	0.021	0.000	0.004	0.240	0.000	0.015	0.000	0.000	

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (1-tailed).

* A correlação é significativa ao nível 0.05 (1-tailed).

4.3 Regressão Linear Múltipla

A relação entre duas variáveis pode ser uma relação de causa-efeito, onde a magnitude de uma das variáveis, tida como a variável dependente ou de resposta, é função ou é determinada pela magnitude da outra variável (regressão linear simples) ou outras variáveis (regressão linear múltipla), consideradas como variáveis independentes ou predictoras. Esta análise deve, porém, ser distinguida da análise correlacional, onde a relação das variáveis não é de dependência de uma em relação à outra, muito embora entre as variáveis exista uma relação de associação. Temos assim que a regressão linear estuda a relação funcional entre duas ou mais variáveis, enquanto que a correlação estuda o grau de associação entre as variáveis cuja relação pode ou não ser de dependência funcional (Maroco e Bispo, 2003).

Na definição do modelo de regressão linear, o coeficiente de determinação R^2 mede a percentagem da variabilidade total de Y explicada pelo modelo de regressão ajustado pelo que, quanto maior for R^2 (e saliente-se que $0 \leq R^2 \leq 1$), melhor será o ajustamento do modelo aos dados. Numa situação perfeita em que todas as observações caíssem sobre a recta de regressão, teríamos $R^2 = 1$ e por outro lado, quando $R^2 = 0$, estaríamos perante uma situação em que o modelo ajustado não seria apropriado para explicar a relação entre X e Y (Maroco e Bispo, 2003). Note-se, porém, que no modelo de regressão linear múltipla um valor elevado de R^2 não implica necessariamente um bom modelo, já que a adição de novas variáveis ao modelo aumenta sempre o R^2 e, no entanto, se estas novas variáveis forem colineares, ou seja, estiverem fortemente correlacionadas entre si, as capacidades predictivas do modelo podem não melhorar.

Ainda no que concerne ao ajustamento do modelo, é de salientar que a estatística F e a sua probabilidade validam em termos globais o modelo e não cada um dos parâmetros isoladamente (Pestana e Gageiro, 2003), indicando a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes.

No nosso modelo de regressão, foi seleccionada cada dimensão da qualidade como variável dependente, tendo cada um dos 10 valores pessoais sido considerados como variáveis predictoras. Para evitar a multicolinearidade, e no seguimento das orientações dadas por Schwartz para a utilização dos valores pessoais como variáveis dependentes no sentido de não serem colocados

todos os valores no modelo de estimação dada a sua estrutura circular, recorreremos ao método *stepwise*.

Através do método de regressão *stepwise*, é procurada entre todas as variáveis independentes aquela que se traduz na maximização da variação total explicada pela regressão, e portanto, uma estatística F e um coeficiente de determinação R^2 mais elevados (Guimarães e Cabral, 2004). Depois de encontrada a variável com maior capacidade predictiva inicial, o processo procura a variável com segunda maior capacidade preditiva, e assim sucessivamente, parando quando nenhuma das variáveis ainda não introduzidas no modelo não contribui de forma significativa para a capacidade preditiva do modelo.

Finalmente, a estatística VIF (*Variance Inflation Factor*) fornece-nos indicações da existência ou não de multicolinearidade entre as variáveis, sendo que este indicador deve estar abaixo de 10 para ser eliminada a possibilidade de existir uma forte correlação das variáveis entre si mesmas, factor que contribuiria significativamente para erros de estimação (Pestana e Gageiro, 2005).

De seguida são apresentados os resultados da regressão linear, onde para cada dimensão da qualidade (variável dependente) são explorados os valores pessoais (variáveis independentes) que contribuem para a explicação do modelo estimado.

Tabela 5 – Tangibilidade e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R^2	R^2_a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Tangibilidade	Constante	3.982	.080	50.069	.000	.054	.044	5.263	
	Conformidade	.293	.092	3.169	.002			(.006)	1.166
	Poder	.078	.042	1.838	.068				1.166

Verifica-se que o modelo estimado tem um VIF baixo de 1,1, pelo que podemos concluir pela não existência de multicolinearidade entre as variáveis do modelo.

Enquanto variável dependente, a *tangibilidade* é positivamente influenciada pelos valores pessoais de *conformidade* e *poder*. Com 4,4% de R² ajustado e um resultado de 5,263 na estatística F, podemos afirmar que o modelo tem alguma capacidade explicativa e que as variáveis independentes explicam em certa medida o comportamento da variável independente.

Uma vez que delineámos apenas uma hipótese genérica de investigação, todos os resultados devem merecer uma análise individualizada. Assim, os resultados obtidos para a estimação do modelo indicam que tanto a *conformidade* ($\beta = .293$ e $p \leq 0,01$) como o *poder* ($\beta = .078$ e $p < 0,10$) influenciam positivamente a dimensão *tangibilidade*.

Tabela 6 – Fiabilidade e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R ²	R ² a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Fiabilidade	Constante	4.016	.051	78.287	.000	.043	.033	4.144	
	Segurança	-.241	.094	-2.554	.011			(.017)	1.108
	Estimulação	-.138	.067	-2.058	.041				1.108

Reportando à análise da influência dos valores pessoais sobre a *fiabilidade*, verificamos que as variáveis independentes têm um VIF baixo de 1,1, pelo que podemos concluir que o modelo não levanta questões de multicolinearidade.

O modelo tem alguma capacidade explicativa, conclusão que podemos retirar do valor apresentado pela estatística F (4,144) e pelo coeficiente de determinação ajustado (3,3%).

A *fiabilidade* é influenciada pelos valores pessoais de *segurança* ($\beta = -.241$ e $p \leq 0,01$) e *estimulação* ($\beta = -.138$ e $p \leq 0,05$).

Tabela 7 - Competência/Profissionalismo e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R ²	R ² a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Competência	Constante	3.952	.056	70.064	.000	.048	.038	4.669	
	Estimulação	-.193	.073	-2.620	.010			(.011)	1.108
	Segurança	-.240	.104	-2.311	.022				1.108

Pela análise dos resultados da regressão linear que testa a influência dos valores pessoais sobre a dimensão *competência/profissionalismo*, é possível verificar que o VIF apresenta um valor de 1,1, pelo que podemos concluir que o modelo não levanta questões de multicolinearidade das variáveis.

O modelo tem um R² ajustado de 4,8% e apresenta um valor de 4,669 na estatística F, ou seja os valores pessoais explicam, de certa forma, o comportamento da variável dependente em causa.

Os resultados obtidos na regressão indicam que a variável *competência/profissionalismo* é negativamente influenciada pelos valores pessoais *estimulação* ($\beta = -.193$ e $p \leq 0,01$) e *segurança* ($\beta = -.240$ e $p \leq 0,05$).

Tabela 8 – Empatia e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R ²	R ² a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Empatia	Constante	3.661	.106	34.445	.000	.030	.025	5.793	
	Poder	-.127	.053	-2.407	.017			(.017)	1.000

O modelo apresentado na tabela 8 também não apresenta problemas de multicolinearidade (VIF=1). O coeficiente de determinação (R²) ajustado apresenta um valor mais baixo relativamente aos modelos anteriores (2,5%), muito embora a estatística F revele um valor de 5,793.

Ao nível das variáveis independentes incluídas no modelo, verifica-se que apenas foi considerado o *poder*, que apresenta uma influência negativa sobre o comportamento da variável *empatia* com $\beta = -.127$ e $p \leq 0,01$.

Tabela 9 – Eficácia dos Serviços Clínicos e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R ²	R ² a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Eficácia dos Serviços Clínicos	Constante	4.153	.056	74.757	.000	.016	.011	3.100	
	Tradição	.130	.074	1.761	.080			(.080)	1.000

A tabela 9 mostra os resultados obtidos para o modelo estimado com a variável dependente *eficácia dos serviços clínicos*. No que concerne à capacidade explicativa do modelo, podemos constatar que, sendo o R² ajustado de 1,1%, tal significa que o modelo apresenta uma capacidade explicativa mais reduzida do que os modelos anteriores. Também a estatística F apresenta um valor mais baixo, situado nos 3,100.

O valor pessoal *tradição* (com um VIF associado de 1) é o único que influencia positivamente a *eficácia dos serviços clínicos* com $\beta = .130$ e $p < 0,10$.

Tabela 10 – Prontidão e Valores Pessoais

Variável Dependente	Variável Independente	Coeficientes		t	Sig.	R ²	R ² a	F (Prob.)	VIF
		β	Std. Error						
Prontidão	Constante	3.789	.105	36.073	.000	.037	.026	3.530	
	Poder	.166	.064	2.604	.010			(.031)	1.515
	Benevolência	.276	.141	1.948	.053				1.515

Finalmente, a análise dos resultados da dimensão *prontidão* revela que existe uma influência positiva significativa dos valores pessoais *poder* ($\beta = .166$ e $p \leq 0,01$) e *benevolência* ($\beta = .276$ e $p \leq 0,05$) sobre o comportamento da variável.

O R² ajustado do modelo é de 2,6%, com uma estatística F de 3,530 e VIF a situar-se em 1,5. Assim, apesar de ter um valor de VIF mais elevado, sendo de 10 o limiar, não parecem subsistir problemas de multicolinearidade. Desta forma, também a variável *prontidão* é em certa medida explicada pelos valores pessoais (2,6%).

Nesta fase, foram obtidos os resultados da regressão linear múltipla com vista a testar a nossa hipótese de investigação que avançava a existência de uma relação, positiva ou negativa, entre os valores pessoais e a importância que as pessoas (utentes) atribuem às diferentes dimensões da qualidade dos serviços de saúde. Foi possível constatar que, com efeito, existe uma influência dos valores pessoais no comportamento das variáveis da qualidade. As variáveis que melhor são explicadas pelos valores pessoais são a *tangibilidade* (onde $R^2a=4,4\%$), e a *competência/profissionalismo* (com $R^2a=3,8\%$). Por último, é de salientar que a capacidade explicativa dos valores pessoais neste trabalho é semelhante à obtida noutros trabalhos, tais como o de Rice (2006).

Considerando que os valores pessoais influenciam a percepção que os indivíduos têm de cada situação, cada acontecimento (Schwartz, 1994), podemos, então, em consonância com os resultados obtidos, aceitar a hipótese de investigação formulada.

4.4 Discussão dos Resultados

De acordo com os resultados obtidos, quer da análise correlacional, quer da regressão linear multivariada, procede-se, agora, à discussão dos mesmos. Recorde-se que a hipótese de investigação formulada dispunha que os valores pessoais estão relacionados com a importância que as pessoas atribuem às diferentes dimensões da qualidade. Paralelamente à discussão dos resultados, serão passados em revista os conceitos basilares do nosso trabalho, que constituem as variáveis dependentes e independentes da nossa investigação.

4.4.1 Tangibilidade

A *tangibilidade* é uma dimensão da qualidade que se relaciona com as características do serviço, como sejam as instalações, os equipamentos ou a aparência física dos profissionais (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988; 1985).

Na tabela 11 é apresentada uma síntese dos resultados obtidos para a variável dependente *tangibilidade* ao nível do seu grau de associação com os valores pessoais (correlação de *Pearson*), tidos como variáveis independentes, e quanto à sua relação funcional com os mesmos (regressão linear múltipla).

Tabela 11 – Síntese de Resultados: Tangibilidade

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
TANGIBILIDADE		
Conformidade	(+)	(+)
Tradição	n.s	n.s
Benevolência	n.s	n.s
Universalismo	n.s	n.s
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	n.s	n.s
Hedonismo	(-)	n.s
Realização	n.s	n.s
Poder	n.s	(+)
Segurança	n.s	n.s

Para ambos os testes estatísticos foi verificado que o valor pessoal *conformidade* está positivamente relacionado com a *tangibilidade*. Tal significa que a intensidade da variável *tangibilidade* também aumenta ou diminui, em média, quando o valor pessoal *conformidade* aumenta ou diminui.

A *conformidade* é um valor pessoal que enfatiza a restrição nas acções, inclinações ou impulsos susceptíveis de perturbar os outros ou violar as normas ou expectativas sociais (Schwartz, 1992). Esta restrição dos impulsos assenta no regular funcionamento da interacção social, do grupo, e das instituições, através do respeito pelas normas institucionalizadas. Acresce que a *conformidade* insere-se, juntamente com os valores pessoais tradição e segurança, no domínio da conservação (que se opõe ao domínio de abertura à mudança, que inclui os tipos de valores de auto-determinação e estimulação) pelo que, quando estes valores são activados, revelam as preocupações do indivíduo na preservação das práticas tradicionais e na protecção da estabilidade (Schwartz, 1994). Em consonância com o modelo teórico das relações entre os tipos motivacionais de valores (Schwartz, 1992) no qual, pela construção de uma estrutura circular, é possível verificar as relações de conflito e compatibilidade existentes entre os valores, o valor *conformidade* localiza-se no mesmo campo que a tradição, sugerindo que ambos partilham o mesmo objectivo motivacional – subordinação do eu a favor das expectativas impostas pela sociedade (ênfase nos interesses colectivos).

A activação deste valor pessoal na importância que os utentes dão às características físicas do serviço hospitalar significará que os utentes consideram que o serviço de urgência é um espaço comum e de interacção dos indivíduos e que, como tal, incumbe aos prestadores privilegiar o seu regular funcionamento através da manutenção das condições físicas e logísticas tidas como necessárias e adequadas à prestação de cuidados de saúde promovendo, assim, o bem-estar de todos os utentes.

Por outro lado, resultou da análise dos resultados da regressão linear múltipla que o valor pessoal *poder* está também positivamente relacionado com a *tangibilidade*. O *poder* insere-se no domínio da auto-promoção, em conjunto com os valores de realização e *hedonismo* pelo que, ao contrário do que sucedia com o valor de *conformidade*, a este nível são valorizados os interesses individuais. Os valores de *poder* enfatizam o prestígio e o estatuto social, estando ligado aos valores poder social, fortuna, reconhecimento social, autoridade e preservação da imagem pública do indivíduo. Os utentes com estes valores esperam que a instituição de saúde lhes preste um serviço que, ao nível das suas características físicas e logísticas, ou seja, onde as instalações, equipamentos e condições de circulação, correspondam às suas pretensões individuais e ao seu estatuto social considerando, inclusivamente, que, enquanto utentes de um serviço público, o mesmo deve ser prestado em conformidade com os direitos que lhes assistem enquanto clientes de um serviço. De

outra forma, as condições físicas poderão constituir um elemento importante para preencher a procura de *poder* que marca tais pessoas.

Nos resultados da correlação de *Pearson* foi ainda verificada a existência de uma relação inversa ou negativa entre o valor *hedonismo* e a dimensão *tangibilidade*. O *hedonismo* partilha a mesma fundamentação do valor pessoal *poder*, pelo que em ambas as situações há um enfoque no indivíduo. No entanto, os objectivos que definem este valor são o prazer e a gratificação para o próprio. Os valores incluídos neste domínio são o prazer individual, gozar a vida, ter uma vida confortável. Pese embora o facto de os valores pessoais *hedonismo* e *poder* se situarem na mesma dimensão bipolar de auto-promoção, a distância do domínio *hedonismo* do objectivo motivador de controlo sobre terceiros, que caracteriza os domínios *poder* e realização, pode contribuir para explicar a relação negativa observada. É possível que as pessoas que valorizam o hedonismo vejam essencialmente noutras áreas da qualidade do serviço que não na tangibilidade a melhor fonte para o seu prazer. Assim, os resultados indicam que a componente tangível do serviço não será tão importante para quem valoriza o *hedonismo*.

4.4.2 Fiabilidade

A dimensão *fiabilidade* está relacionada com o desempenho da organização quanto a fazer bem à primeira. Neste sentido, esta dimensão da qualidade valoriza o cumprimento dos compromissos, designadamente através da manutenção da qualidade dos registos, preocupação com uma facturação rigorosa e prestação do serviço no momento designado ou horário estipulado (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988; 1985).

Tabela 12 – Síntese de Resultados: Fiabilidade

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
FIABILIDADE		
Conformidade	n.s	n.s
Tradição	n.s	n.s
Benevolência	n.s	n.s
Universalismo	n.s	n.s
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	n.s	(-)
Hedonismo	n.s	n.s
Realização	n.s	n.s
Poder	n.s	n.s
Segurança	(-)	(-)

Pela análise dos resultados obtidos na correlação de *Pearson* e na regressão linear múltipla, é possível constatar que o valor pessoal *segurança* é o denominador comum em ambos os testes estatísticos. Entre a *fiabilidade* e o valor *segurança* existe uma relação inversa ou negativa. O domínio *segurança*, inserido na dimensão conservação, contempla como objectivos motivacionais a harmonia e a estabilidade pessoal, da sociedade e das relações. Assim, seria expectável que o valor *segurança* tivesse um efeito positivo na *fiabilidade*, porquanto a lealdade nos compromissos e a performance da instituição se relacionam com a preservação da estabilidade nas relações. A relação negativa deste valor com a *fiabilidade* pode significar que os utentes que valorizam os

valores da *segurança* admitem alguma variabilidade no grau com que as promessas são cumpridas, pois a prestação dos cuidados de saúde não constitui uma ciência exacta, estando dependente de muitos factores, alguns dos quais incontroláveis, tais como a chegada de outros doentes à urgência em estado mais grave, o que pode colocar em causa, por exemplo, o cumprimento dos prazos previamente anunciados. Assim, o aceitar de alguma variabilidade na *fiabilidade* pode ser compatível com a necessidade do indivíduo promover a segurança da sociedade em geral.

Por outro lado, os resultados da regressão linear mostraram, ainda, que a *estimulação* tem um impacto negativo na *fiabilidade*. A *estimulação* deriva da presumível necessidade do indivíduo para a variedade e tem como objectivos motivacionais a criatividade, a excitação, a novidade, o desafio na vida e a adaptabilidade (prossecação de uma vida excitante e variada). Estes valores sublinham a independência de pensamento e de acção e o estímulo à mudança, inserindo-se, assim, no domínio de abertura à mudança. Esta dimensão opõe-se à de conservação, pelo que os valores *segurança* e *estimulação* não são tidos como compatíveis. Na medida em que os indivíduos que valorizam a *estimulação* são mais activos, flexíveis e receptivos à mudança, os utentes que enfatizam estes valores estão mais abertos à possibilidade de ter serviços menos fiáveis, isto é, que se afastam das promessas, do fazer bem à primeira vez, e que portanto fornecem mais *estimulação*. Saliente-se que muitas vezes, e como a medicina não é uma ciência exacta, os resultados de saúde não estão garantidos *a priori*, dependendo da forma como cada indivíduo e o seu estado de saúde respondem ao tratamento. Saliente-se também que o diagnóstico muitas vezes evolui por uma série de etapas, onde sucessivamente se vão eliminando causas até se chegar à origem do problema de saúde. Neste contexto, mais facilmente se percebe porque é que são as pessoas motivadas pela *estimulação*, e portanto mais caracterizadas pela procura de desafio na vida, pela adaptabilidade, aquelas que mais aceitam a falta de *fiabilidade*.

4.4.3 Competência/Profissionalismo

A *competência* ou *profissionalismo* traduz-se essencialmente no conhecimento, *know-how*, prática e experiência dos profissionais. Relembre-se que esta dimensão não consta do SERVQUAL original, mas foi incluída no nosso estudo por encontrar suporte na literatura, sendo considerada

como uma importante dimensão para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Lee *et al.*, 2000).

Na tabela 13 são apresentados os resultados dos testes estatísticos efectuados para aferir do grau de influência dos valores pessoais na variável *competência*.

Tabela 13 – Síntese de Resultados: Competência/Profissionalismo

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
COMPETÊNCIA/PROFISSIONALISMO		
Conformidade	n.s	n.s
Tradição	n.s	n.s
Benevolência	n.s	n.s
Universalismo	n.s	n.s
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	(-)	(-)
Hedonismo	n.s	n.s
Realização	n.s	n.s
Poder	n.s	n.s
Segurança	n.s	(-)

A relação negativa entre *estimulação* e *competência* ou *profissionalismo* foi salientada em ambos os testes estatísticos. Na regressão linear, os resultados evidenciam ainda a relação negativa da *competência* com o valor pessoal *segurança*.

Relembre-se que a *estimulação* sublinha a independência do pensamento e da acção, pelo que os utentes mais flexíveis e receptivos à mudança encontram-se mais predispostos a aceitar profissionais com diferentes níveis de conhecimento e experiência, eventualmente mais jovens e em fase de desenvolvimento da sua carreira. É possível que ao lidarem com profissionais cujas competências estão permanentemente em desenvolvimento, as pessoas motivadas pela *estimulação* obtenham alguma satisfação, na medida em que pela sua forma de estar na vida poderão através da sua intervenção/interacção com os profissionais de saúde ajudar na identificação de problemas, contribuir para o desenvolvimentos dos profissionais, e elas próprias introduzirem mais excitação na sua vida do que se tivessem uma atitude passiva.

Por outro lado, a relação igualmente negativa ou inversa da *competência* com o valor pessoal *segurança* sublinha que os utentes que valorizam as relações sociais e de estabilidade na prestação dos cuidados de saúde atribuem uma menor importância à competência dos recursos humanos. Este resultado é algo inesperado, sendo mais expectável que a preocupação com o bem-estar pessoal e social, e bem assim, a valorização dos elementos de estabilidade e durabilidade das relações entre o utente e o prestador, estimulassem a existência de uma relação positiva entre *competência* e *segurança*. Acresce que os valores *estimulação* e *segurança* são, de resto, incompatíveis e conflituantes entre si, porquanto o primeiro enfatiza a criatividade e a necessidade de desafio e mudança (domínio de abertura à mudança), e o segundo sublinha a preservação das práticas tradicionais e a protecção dos valores de lealdade e segurança (domínio da conservação).

Neste contexto, e uma vez que as pessoas que enfatizam a *segurança* procuram a harmonia e estabilidade da sociedade, dos relacionamentos e a segurança de si mesmos, é possível que estas pessoas tolerem mais que outras um *staff* hospitalar com menos competências uma vez que, em saúde, a realização de diagnósticos e, portanto, o despiste de causas, bem como a definição de tratamentos, não é uma ciência exacta, pelo que a aprendizagem ao longo da vida tem uma importância definitiva. Consequentemente, a tolerância para com um menor grau de competência contribuirá para a manutenção da estabilidade das relações do próprio com os prestadores de saúde. Paralelamente, a relação negativa observada pode constituir o reconhecimento de que os

profissionais de saúde não podem ter todos o mesmo nível de competências, uma vez que estas se vão desenvolvendo ao longo da sua vida profissional e académica. Ao aceitarem este facto, as pessoas estão a contribuir para o normal desenvolvimento da sociedade.

4.4.4 Empatia

A variável *empatia* reporta-se à preocupação que a instituição tem para com as necessidades individuais dos seus clientes, traduzindo-se essencialmente no esforço por parte da instituição em compreender as necessidades dos clientes, os requisitos específicos de cada um e contribuindo para a prestação de um serviço mais personalizado e adequado a cada cliente (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988).

Tabela 14 – Síntese de Resultados: Empatia

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
EMPATIA		
Conformidade	n.s	n.s
Tradição	n.s	n.s
Benevolência	(+)	n.s
Universalismo	(+)	n.s
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	n.s	n.s
Hedonismo	n.s	n.s

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
EMPATIA		
Realização	n.s	n.s
Poder	(-)	(-)
Segurança	n.s	n.s

Em concordância nos resultados obtidos encontra-se o valor *poder*. Este valor tem uma relação negativa com a *empatia*. O *poder* está intimamente ligado a interesses egoístas do indivíduo (Tamayo e Porto, 2005) e reporta-se a valores de prestígio social, autoridade, satisfação e prazer na gratificação pessoal. Neste sentido, as pessoas motivadas pelo *poder* não esperam que o hospital lhes ofereça um serviço personalizado, onde os utentes sejam tratados individualmente e em função das necessidades específicas de cada um. Os utentes com este tipo de valores, eminentemente egoístas, não primam pela preocupação para com terceiros, pelo que também não esperarão esse tipo de comportamentos de terceiros para com o próprio, desta forma se justificando a relação negativa encontrada.

Nos dados obtidos através da correlação de *Pearson* foi, ainda, possível constatar a existência de uma relação positiva entre a empatia e os valores *benevolência* e *universalismo*. Estes tipos de valores são compatíveis porquanto em ambos há uma preocupação com a promoção do bem-estar dos outros e com a transcendência de interesses egoístas. Os valores de *benevolência* derivam dos requisitos básicos para o bom funcionamento do grupo e da necessidade orgânica de afiliação e são, entre outros, a honestidade, a lealdade, ser prestável e responsável (Schwartz, 2005a). Os valores de *universalismo* definem-se por objectivos de tolerância, compreensão e protecção do bem-estar de todos e da natureza. A localização destes valores na estrutura circular reflecte a sua indubitável compatibilidade no domínio de auto-transcendência, por oposição aos valores de poder, realização e hedonismo que, inseridos no domínio de auto-promoção, focalizam os interesses antagónicos de prossecução de interesses individuais. Nestes termos, a relação positiva

encontrada entre a *empatia*, a *benevolência* e o *universalismo* justificar-se-á pelo facto dos valores em causa traduzirem uma preocupação com o bem-estar de terceiros, que se traduzirá na exigência por parte destes utentes de uma conduta similar por parte do hospital para com os próprios.

De outra forma, a relação negativa da *empatia* com o *poder* e, simultaneamente, positiva com a *benevolência* e o *universalismo* significará que os utentes que valorizam o *poder* esperam um atendimento mais formal, coerente com a sua posição social e o seu domínio de autoridade, enquanto que as pessoas com os valores da *benevolência* e *universalismo* procurarão um atendimento mais informal.

4.4.5 Eficácia dos Serviços Clínicos

A dimensão *eficácia dos serviços clínicos* foi também considerada no nosso trabalho tendo em conta o estudo de Lee *et al.* (2000). Com esta variável adicional procurou-se medir os aspectos clínicos fundamentais da prestação de cuidados de saúde, designadamente a sua adequação, efectividade e benefícios para os utentes (Lee *et al.*, 2000).

Tabela 15 – Síntese de Resultados: Eficácia dos Serviços Clínicos

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
EFICÁCIA DOS SERVIÇOS CLÍNICOS		
Conformidade	n.s	n.s
Tradição	(+)	(+)
Benevolência	n.s	n.s
Universalismo	n.s	n.s

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
EFICÁCIA DOS SERVIÇOS CLÍNICOS		
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	n.s	n.s
Hedonismo	n.s	n.s
Realização	n.s	n.s
Poder	n.s	n.s
Segurança	n.s	n.s

Pela análise da tabela 15 constata-se que apenas o valor pessoal *tradição* foi considerado como explicativo do comportamento da dimensão *eficácia dos serviços clínicos*. Esta relação positiva verificou-se em ambos os testes estatísticos apresentados.

A *tradição* reporta-se aos valores de respeito, compromisso e aceitação das ideias e costumes impostos por uma cultura ou religião (Schwartz, 1999). Os indivíduos que expressam estes valores são obedientes, devotos, e revelam uma preferência pelo que lhes é familiar e conhecido.

Neste sentido, os utentes que são motivados pela *tradição* têm como pressuposto dos serviços de saúde a adequação dos cuidados e a obtenção de ganhos no seu estado de saúde actual. Na medida em que os utentes que activam estes valores são menos propensos à mudança, a relação entre *tradição* e *eficácia dos serviços clínicos* expressa claramente a forma como os cuidados de saúde têm sido desde sempre considerados, estando desde logo subjacente a realização final da melhoria do estado de saúde.

4.4.6 Prontidão

A *prontidão* é uma dimensão da qualidade que traduz a disponibilidade da organização e dos seus empregados para responderem prontamente às solicitações dos clientes (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988). A tabela 16 apresenta os resultados obtidos na análise correlacional e na regressão linear múltipla.

Tabela 16 – Síntese de Resultados: Prontidão

Valores Pessoais	Resultado da Correlação de <i>Pearson</i>	Resultado da Regressão Linear Múltipla
PRONTIDÃO		
Conformidade	(-)	n.s
Tradição	n.s	n.s
Benevolência	n.s	(+)
Universalismo	n.s	n.s
Auto-Determinação	n.s	n.s
Estimulação	n.s	n.s
Hedonismo	n.s	n.s
Realização	n.s	n.s
Poder	(+)	(+)
Segurança	n.s	n.s

Pelos resultados obtidos é possível constatar que o *poder* é o valor presente em ambos os testes estatísticos encontrando-se positivamente relacionado com a *prontidão*. O valor *poder*, lembre-se, serve interesses egoísticos e relaciona-se com o prestígio social, a fortuna, a autoridade e o domínio sobre os recursos e as pessoas (Schwartz, 1992). Os utentes que são motivados por este valor dão importância à *prontidão* dos serviços de saúde. Uma possível explicação para este resultado é de que a *prontidão* pode ser entendida como uma manifestação da deferência dos outros para com o estatuto ou prestígio de um utente. Desta forma, a *prontidão* na prestação do serviço enquadra-se perfeitamente nos valores de tais utentes.

Por outro lado, foram obtidos indícios da existência de uma relação positiva com a *benevolência*. A motivação deste valor revela na estrutura circular dos valores pessoais que o mesmo não é compatível com o *poder*, porquanto a *benevolência* serve interesses altruístas, ou seja, afirma o primado do grupo em detrimento do indivíduo, e o *poder* é regulado por interesses egoístas (Schwartz, 1994).

Assim, os utentes que são influenciados pela necessidade de preservar e promover o bem-estar do grupo reconhecerão que devem existir regras internas e disposições normativas institucionalizadas, nomeadamente relacionadas com a *prontidão*, para o bom funcionamento da organização e dos serviços, pelo que serão genericamente aceites e desejados pelos utentes que enaltecem estes valores os processos organizacionais relacionados com a celeridade, factor que promove a coesão do grupo e a integração do utente no sistema. Note-se que a *prontidão* pode ser uma condição indispensável para a melhoria do estado de saúde das pessoas, dessa forma constituindo um elemento importante para garantir o bem-estar dos grupos.

A análise dos testes estatísticos sugere ainda a existência de uma relação negativa ou inversa entre *prontidão* e *conformidade*. Esta relação parece algo contraditória na medida em que a estrutura dinâmica e circular assente na teoria dos valores pessoais reflecte a partilha de motivações entre os tipos motivacionais adjacentes *benevolência* e *conformidade*. Em ambos os valores é invocado um comportamento normativo que promova as relações íntimas (Schwartz, 1994). Pese embora o facto de tanto o domínio da *benevolência* como o da *conformidade* promoverem as relações de cooperação e conforto, os valores de *benevolência* propiciam uma base motivacional interiorizada para tal comportamento, enquanto que os valores de *conformidade* promovem a cooperação por forma a evitar resultados negativos para o próprio indivíduo (Schwartz, 2005a). Desta forma, é de

parecer que a relação negativa entre a *prontidão* e a *conformidade* sugere que existe ainda um grupo de utentes que atribuem pouca importância às características de celeridade do serviço, por considerarem que, apesar do reconhecimento do direito que eventualmente lhes assiste de exigir da organização o cumprimento dos seus deveres, a cooperação é a melhor forma de fazer funcionar o sistema e evitar prejuízos para si, designadamente por tornar mais vulneráveis as suas relações com os profissionais da instituição e particularmente com o seu médico, a quem delegam o poder sobre o seu estado de saúde e de quem esperam relações de lealdade e respeito.

4.5 Conclusão

A aplicação dos testes estatísticos, designadamente a correlação de *Pearson* e a regressão linear múltipla, tornou possível a confirmação da hipótese de investigação formulada. Com efeito, constatou-se que os valores pessoais contribuem em certa medida para explicar o comportamento da importância atribuída pelos utentes a diferentes dimensões da qualidade.

De salientar que para a dimensão *confiança*, a dimensão através da qual se valorizavam as características pessoais dos profissionais de saúde, a reputação e o nome da instituição e o interface da organização com os seus clientes, não foram obtidos resultados que permitissem confirmar a existência de uma relação entre os valores pessoais e esta dimensão da qualidade.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Introdução

A obtenção de qualidade na prestação de serviços e, conseqüentemente, a satisfação dos utentes, é já considerada como o objectivo final de qualquer negócio. Seja o *core business* de uma organização a prestação de serviços com fins lucrativos, ou seja ele a prestação de serviços públicos e, como tal, sem fins lucrativos, a qualidade da prestação, a promoção de uma visão focada no cliente, enfim, a obtenção da excelência na qualidade do produto final é determinante do sucesso interno e externo da organização.

A certificação da excelência organizacional com a obtenção da acreditação pelas entidades devidamente qualificadas para o efeito tem sido o objectivo mais almejado no sector da saúde, constituindo mesmo uma obrigatoriedade para as instituições de saúde que, sem prejuízo das regras de atendimento determinadas pela área de influência do hospital e da rede de referenciação hospitalar, objectivam um padrão de prestação de cuidados de saúde de âmbito regional, local ou mesmo nacional.

Neste sentido, e porque os recursos humanos e materiais são escassos, torna-se cada vez mais importante perspectivar comportamentos e elaborar planos e estratégias de actuação pelo que, ao nível do planeamento dos serviços de saúde, é crucial saber quais as dimensões da qualidade às quais o utente atribui importância quando avalia a qualidade dos serviços prestados.

O nosso estudo centrou-se na percepção da qualidade ao nível dos serviços hospitalares.

Numa fase em que se assiste à reestruturação das redes de referenciação hospitalar e, muito particularmente, com o aumento da produtividade de alguns hospitais em consequência da criação dos centros hospitalares, através dos quais, inevitavelmente, se procurou centrar o movimento assistencial nos hospitais de maior dimensão e com melhores condições de recepção dos utentes, é primordial perceber as características que os serviços prestados num hospital devem possuir para

melhor atender às necessidades dos seus utentes contribuindo, assim, para a avaliação positiva que devem fazer das condições de prestação dos cuidados de saúde.

Perante este enquadramento, avançámos a possibilidade de os valores pessoais estarem relacionados com a importância que os utentes atribuem às diferentes dimensões da qualidade dos serviços de saúde.

As dimensões da qualidade foram cuidadosamente analisadas, tendo sido baseadas num estudo empírico já validado por Lee *et al.* (2000). Este autor aplicou o modelo SERVQUAL concebido por Parasuraman, Zeithaml e Berry em 1985 tendo, porém, adaptado este instrumento ao sector da saúde tal como, aliás, se aventa como necessário para garantir a fiabilidade dos resultados obtidos para um sector tão complexo e específico com a saúde.

O nosso estudo veio demonstrar que, efectivamente, os valores pessoais estão relacionados com a importância atribuída pelos utentes às dimensões da qualidade consideradas para o efeito. A capacidade explicativa dos valores pessoais no modelo é semelhante à obtida noutros trabalhos de investigação, tais como o de Rice (2006), na medida em que poderão existir variáveis de outra natureza a ter em consideração para explicar a importância que os utentes atribuem às diferentes dimensões da qualidade.

Não obstante, o nosso estudo traz importantes contributos para a investigação da relação entre valores pessoais e dimensões da qualidade, desde logo porque é inovador, não sendo conhecidos trabalhos científicos que abordem tais relações.

Os resultados mostraram que os utentes que valorizam a conformidade procuram um serviço hospitalar com uma boa componente tangível. O espaço físico é um espaço comum, de relacionamento e circulação dos indivíduos, onde o bem-estar, essencialmente definido pelo conforto e privacidade das instalações deve ser tido em consideração pelos gestores da instituição.

Ainda no domínio da conservação, foi verificado que as pessoas que enfatizam o valor pessoal tradição, que são menos propensas à mudança, mais ligadas aos costumes e ao respeito pelo que lhes é familiar, tendem a considerar que a eficácia dos serviços clínicos reside, em última instância, na prevenção da doença e na necessidade de obter dos serviços de saúde uma melhoria no seu estado de saúde com o diagnóstico e tratamento adequados à sua situação.

Verificámos, ainda, que os utentes que valorizam os valores de harmonia e estabilidade das relações do domínio da segurança têm uma maior predisposição em aceitar que a instituição não consiga cumprir escrupulosamente os seus compromissos possivelmente porque, pela característica de imprevisibilidade de um serviço de urgência, poderão surgir em atendimento prioritário doentes mais graves.

A relação negativa entre segurança e a dimensão competência/profissionalismo expressa a flexibilidade dos utentes na aceitação no serviço hospitalar de profissionais de saúde com um nível de competências diferenciado, que varia entre a possibilidade de encontrar profissionais muito experientes e internos, para os quais o conhecimento e a prática clínica carecem ainda de desenvolvimento ao longo da vida profissional e académica.

Os resultados demonstraram, ainda, que existe uma relação negativa entre os valores de segurança e estimulação e a forma como os utentes valorizam, do lado da instituição, o cumprimento dos compromissos e dos prazos estipulados ou a qualidade dos registos e da facturação, isto é, a fiabilidade do serviço. Esta relação negativa revela que os utentes, pela sua forma de ser e estar na vida, se consideram mais flexíveis e mais receptivos a admitir erros nos registos administrativos ou na facturação, e bem assim à possibilidade de lhes serem prestados serviços fora dos horários estabelecidos, entre outros compromissos. Desta forma os utentes poderão estar a contribuir para a estabilidade do grupo e das suas relações com a instituição, com os serviços e com os profissionais de saúde.

No domínio da auto-promoção, constatámos que existe uma relação positiva entre o poder e as dimensões tangibilidade e prontidão, e negativa com a dimensão empatia. Estes resultados demonstram que os utentes que procuram a afirmação do seu estatuto, prestígio ou simplesmente da sua autoridade enquanto clientes de um serviço público, exigem do hospital instalações confortáveis, atractivas e com privacidade (tangibilidade), serviços personalizados e ajustados às necessidades individuais (empatia) ou respostas atempadas às suas solicitações (prontidão).

Finalmente, no domínio da auto-transcendência, a relação positiva encontrada entre os valores benevolência e universalismo e a dimensão empatia ou entre o valor pessoal benevolência e a prontidão acentuam a necessidade de promover o bem-estar dos utentes, através da compreensão das suas necessidades individuais bem como da prestação de um serviço de forma pronta.

Em termos académicos o nosso trabalho contribuiu, assim, para uma melhor compreensão do impacto das diferenças individuais nas reacções/comportamentos das pessoas, indo de encontro às limitações da literatura, tal como foram já avançadas por Baumgartner (2002).

5.2 Implicações para os Gestores

A importância do nosso estudo para a gestão hospitalar tem sido mencionada em várias fases do desenvolvimento do trabalho por se considerar relevante relembrar a necessidade de promover esta investigação.

O sector da saúde é uma das mais importantes e delicadas áreas de actuação governamental e, na medida em que constitucionalmente se optou em 1976 por um modelo de Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito, esta área é igualmente uma das que mais contribui para o défice das contas públicas.

“A qualidade foi o objectivo que sempre acompanhou as reformas da saúde (...) mas a melhoria do SNS e os grandes aumentos na acessibilidade, equidade e qualidade tiveram implicações financeiras” (Correia de Campos, 2008). Uma das grandes batalhas travadas no seio do Serviço Nacional de Saúde é a de diminuir os custos sem prejuízo da garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Não sendo este objectivo fácil nem linear, importa a cada instituição de saúde estabelecer estratégias e prioridades para a sua actuação, concretizando um rigoroso planeamento das medidas que se propõe a implementar.

Neste sentido, conhecer os clientes, as suas necessidades individuais, compreender os seus comportamentos e os seus anseios é, para qualquer empresa, o passo mais importante no sentido de fazer corresponder as expectativas às percepções, o que contribui indubitavelmente para que os investimentos sejam feitos na medida do que é indispensável e adequado.

Por outro lado, esta perspectiva coloca o cliente/utente no centro de todas as decisões e confere o *empowerment* que lhe é devido. Assim, este estudo é um primeiro passo na compreensão da forma como características pessoais influenciam a importância das diferentes dimensões da qualidade.

Os valores pessoais, enquanto conceitos que caracterizam pessoas ou grupos e que influenciam a forma como os indivíduos seleccionam as acções ou avaliam os acontecimentos (Schwartz e Bilsky, 1987), contribuem significativamente para perceber a importância que os clientes/utentes atribuem a determinadas características dos serviços. Neste sentido, e em face do que já se sublinhou relativamente às políticas de contenção de custos e de estabelecimentos de prioridades para a canalização de investimentos, consideramos que os contributos deste trabalho podem constituir um primeiro passo para ajudar os gestores hospitalares, em geral, a desenvolver para as instituições que dirigem iniciativas de reflexão e estudo dos seus clientes/utentes e, em particular, os gestores da organização onde foi aplicado o nosso estudo empírico, no sentido de estabelecer um conjunto de medidas estratégicas que valorizem as expectativas dos utentes quanto às características do serviço analisadas.

5.3 Limitações do Trabalho e Orientações para Trabalhos Futuros

Sem prejuízo das contribuições que o trabalho assinala, podem também ser apontadas algumas limitações que, em parte, podem também ser vistas não como limitações *proprio sensu*, mas como orientações para trabalhos futuros.

Uma das limitações que é desde logo notória é a da falta de representatividade da amostra já que o questionário foi aplicado num serviço de urgência hospitalar. Muito embora a instituição em causa pertença à estrutura hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, tal característica não retira o mérito de os hospitais servirem populações diferentes e com características pessoais muito próprias. Assim, a valorização das dimensões da qualidade tal como verificámos perante os resultados obtidos, poderia não ser necessariamente a mesma se o questionário fosse aplicado a utentes de outras unidades hospitalares. Eventualmente, a presunção de representatividade deste estudo poderá ser susceptível de apreciação para os utentes de outros hospitais da zona norte do país porquanto as características sócio-demográficas das populações são algo similares entre si.

Por outro lado, a universalidade dos resultados obtidos só poderia ser confirmada através da realização do mesmo trabalho a utentes de serviços hospitalares de outros países. Paralelamente, não foram ouvidas as pessoas que estavam internadas no hospital, o que também contribui para

limitar a generalização dos resultados. Adicionalmente, é de considerar que o facto das pessoas terem preenchido o questionário enquanto esperavam para ser atendidas no serviço de urgência pode não representar as melhores condições para o preenchimento do mesmo.

A acrescer a estas limitações, temos que a opção pela utilização das dimensões da qualidade foi baseada num trabalho científico validado por Lee *et al.* (2000). O autor, tal como já tinha sido considerado por outros investigadores, orientou a escolha das dimensões da qualidade para uma vertente mais técnica, adicionando às cinco dimensões originais do SERVQUAL as dimensões de competência/profissionalismo e eficácia dos serviços clínicos. É já consensual que o SERVQUAL carece de ser adaptado a alguns sectores, aquando da sua aplicação. A saúde constitui precisamente um dos sectores que merece uma melhor atenção na perspetivação das dimensões determinantes da qualidade. Com efeito, esta observação pode tornar-se numa limitação ao nosso trabalho porquanto a consideração de outras dimensões da qualidade através da adaptação do SERVQUAL à área da saúde poderia contribuir para a obtenção de resultados mais consolidados e, como tal, contribuindo para que os valores pessoais pudessem explicar com maior segurança o comportamento das dimensões da qualidade.

É também de salientar que a relação entre valores pessoais e qualidade do serviço pode ser moderada por variáveis contextuais. Seria, pois, desejável que fosse avaliada a importância de variáveis contextuais no sentido de atribuir ao modelo uma melhor capacidade explicativa, o que contribuiria para aumentar o carácter inovador da investigação.

Seria ainda interessante efectuar a análise para diferentes sectores hospitalares, considerando na investigação áreas específicas como a de internamento, a consulta externa e o hospital de dia. Isto porque, muito embora ao nível da área de influência de cada hospital a população alvo fosse a mesma, certo é que os serviços diferem no grau de complexidade e, como tal, as expectativas dos utentes relativamente às características de cada serviço são também divergentes.

Por outro lado, não é despicienda de importância a replicação deste estudo a serviços hospitalares de outros países já que, ainda que os valores pessoais tenham uma estrutura universal aplicável a qualquer cultura ou população, as características e o contexto organizacional de cada serviço varia de país para país à semelhança, de resto, do que acontece com a própria concepção do sistema de saúde.

Ainda no que concerne à possibilidade de aplicar este estudo noutra âmbito, pensamos que seria interessante verificar os resultados obtidos com a sua aplicação em hospitais privados, por comparação a resultados obtidos nos hospitais públicos, seja o que ora se apresenta, seja através de uma expansão do trabalho a outros hospitais. Isto porque, é presumível que os utentes dos hospitais privados, tidos como prestadores de um serviço público, mas com escopo lucrativo, valorizem mais dimensões como a tangibilidade, a prontidão, a empatia ou a confiança, não dando lugar a admitir variabilidade no cumprimento de prazos, compromissos ou ineficiência na manutenção das condições físicas e logísticas dos serviços.

Reitere-se que seria expectável garantir em trabalhos futuros a análise de outras dimensões da qualidade como uma adaptação do SERVQUAL ao sector da saúde, com vista a obter uma maior capacidade explicativa dos valores pessoais sobre o comportamento das dimensões da qualidade e também a apreciação de outras variáveis contextuais que fossem tidas como importantes na aliança aos valores pessoais para a determinação da importância que os utentes atribuem às dimensões da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLPORT, G. W. (1961), *Pattern and growth in personality*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

ANDALEEB, S. (2001), Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country, *Social Science and Medicine*, 52, 1359-1370.

ASUBONTENG, P., MCCLEARY, K. J. e SAW, J. E. (1996), SERVQUAL revised: a critical review of service quality, *The Journal of Services Marketing*, 10 (6), 62-81.

BAUMGARTNER, H. (2002), Toward a personology of the consumer, *Journal of Consumer Research*, 29, 286-292.

BECKER, B. W. e CONNOR, P. E. (1981), Personal Values of the heavy user of mass media, *Journal of Advertising Research*, 21 (5), 37-43.

BILSKY, W. e SCHWARTZ, S. H. (1994), Values and personality, *European Journal of Personality*, 8, 163-181.

BRADY, M. K. e ROBERTSON, C. J. (2000), Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross-national study, *Journal of Business Research*, 51, 53-60.

BRADY, M. K., CRONIN, J. J. e BRAND, R. K. (2002), Performance – only measurement of service quality: a replication and extension, *Journal of Business Research*, 55, 17-31.

BRAITHWAITE, V.A. e LAW, H.G. (1985), Structure of human values: testing the adequacy of the Rokeach value survey, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (1), 250-263.

BROWN, R. e SWARTZ, T. (1989), A gap analysis of professional service quality, *Journal of Marketing*, 53 (2), 92-98.

CARUANA, A., EWING, M. T. e RAMASESHEN, B. (2000), Assessment of the three-column format SERVQUAL: an experimental approach, *Journal of Business Research*, 49, 57-65.

CHANET, P., THYAN, C. e MONEY, A. (1999), Service performance gap: re-evaluation and redevelopment, *Journal of Business Research*, 46, 133-147.

CHEBAT, J.-C., FILIATRAULT, P., GÉLINAS-CHEBAT, C. e VANINSKY, A. (1995), Impact of waiting attribution and consumer's mood on perceived quality, *Journal of Business Research*, 34, 191-196.

CAMPOS, A. (2008), *Reformas da saúde: o fio condutor*, Edições Almedina, ISBN: 978 972 40 3604 5.

CRONIN, J. e TAYLOR, S. (1992), Measuring service quality: a re-examination and extension, *Journal of Marketing*, 56 (3), 55-68.

CRONIN, J. e TAYLOR, S. (1994), SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance based and perceptions minus expectations measurement of service quality, *Journal of Marketing*, 58 (1), 125-131.

DABHOLKAR, P. A., SHEPHERD, C. D. e THORPE, D. I. (2000), A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurements issues through a longitudinal study, *Journal of Retailing*, 76 (2), 139-173.

DEVOS, T., SPINI, D. e SCHWARTZ, S. H. (2002), Conflicts among human values and trust in institutions, *British Journal of Social Psychology*, 41, 481-494.

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

DONTHU, N. e YOO, B. (1998), Cultural influences on service quality expectations, *Journal of Services Research*, 1 (2), 178-186.

DUBINSKY, A. J., KOTABE, M., LIM, C. U. e WAGNER, W. (1997), The impact of values on salespeople's job responses: a cross-national investigation, *Journal of Business Research*, 39 (3), 195-208.

EKINCI, Y. (2001), The validation of the generic service quality dimensions: an alternative approach, *Journal of Retailing and Consumer Services*, 8, 311-324.

FEATHER, N. T. e NEWTON, J. W. (1982), Values, expectations and the prediction of social action: an expectancy-valence analysis, *Motivation and Emotion*, 6 (3), 217-244.

FEATHER, N. T. (1984), Protestant ethic, conservatism, and values, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (5), 1132-1141.

FEATHER, N. T. e O'BRIEN, G. E. (1987), Looking for employment: an expectancy-valence analysis of job-seeking behaviour among young people, *British Journal of Psychology*, 78 (2), 251-272.

FEATHER, N. T. (1988), Values, valences and course enrolment: testing the role of personal values within an expectancy-value framework, *Journal of Educational Psychology*, 80 (3), 381-391.

FEATHER, N. T. (1995), Values, valences, and choice: the influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (6), 1135-1151.

GRUBE, J. W., WEIR, I. L., GETZLAF, S. e ROKEACH, M. (1984), Own value system, value images and cigarette smoking, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10 (2), 306-313.

GUIMARÃES, R. C. e CABRAL, J. A. S. (1997), *Estatística*, Mcgraw-Hill de Portugal, Lda, edição revista, Lisboa, ISBN: 972 8298 45 5.

HILL, M. M. e HILL, A. (2005), *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição revista e corrigida, Lisboa, ISBN: 972 618 273 5.

HOFSTEDE, G. (1980), *Culture's consequences: international differences in work-related values*, Beverly Hills, CA: Sage.

HOMER, P. M. e KAHLE, L. R. (1988), Personality: a structural equation test of the value-attitude-behaviour hierarchy, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (4), 638-646.

JEONG, M. e OH, H. (1998), Quality function development: an extended framework for service quality and customer satisfaction in the hospitality industry, *Hospitality Management*, 17, 375-390.

KAMAKURA, W. A. e NOVAK, T. P. (1992), Value-system segmentation: exploring the meaning of LOV, *Journal of Consumer Research*, 19 (1), 119-132.

LEE, H., LEE, Y. e YOO, D. (2000), The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction, *Journal of Services Marketing*, 14 (3), 217-231.

LEE, H., DELENE, L. M., BUNDA, M. A. e KIM, C. (2000), Methods of measuring health-care service quality, *Journal of Business Research*, 48, 233-246.

LIN, N.-P., CHIU, H.-C. e HSIEH, Y.-C. (2001), Investigating the relationship between service providers' personality and customers' perceptions of service quality across gender, *Total Quality Management*, 12 (1), 57-67.

MALHOTRA, N. e BIRKS, D. (2005), *Marketing research – an applied approach*, Prentice Hall, ISBN: 0 273 69530 4.

MANZER, L. L. e MILLER, S. J. (1978), An examination of the value-attitude structure in the study of donor behaviour, *Proceedings of the American Institute of Decision Sciences*, Saint-Louis, 12, 532-528.

MAROCO, J. e BISPO, R. (2003), *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*, Climepsi Editores, Lisboa, ISBN: 972 796 065 0.

MEHTA, S. e DURVASULA, S. (1998), Relationships between SERVQUAL dimensions and organizational performance in the case of a business-to-business service, *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13 (1), 40-53.

MIGUEL, P. e SALOMI, G. (2004), Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços, *Revista Produção*, 14 (1), 12-30.

O'CONNOR, S., SHEWCHUK, R. e CARNEY, L. (1994), The great gap, *Journal of Health Care Marketing*, 14 (2), 32-39.

OLIVER, R. (1980), A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions, *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.

PARASURAMAN, A. e ZEITHAML, V. A. (2002), Understanding and improving service quality: a literature review and research agenda in WEITZ, B. A. e WENSLEY, R., *Handbook of Marketing*, Sage: London, 339-367.

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*, 49, 41-50.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. e BERRY, L. L. (1988), SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. e BERRY, L. L. (1991), Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Retailing*, 67 (4), 420-446.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. e BERRY, L. L. (1994), Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research, *Journal of Marketing*, (58) 1, 111-124.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. e MALHOTRA, A. (2005), E-S-QUAL: a multiple-item scale for assessing electronic service quality, *Journal of Service Research*, 7 (3), 213-233.

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. (2003), *Análise de dados para as ciências sociais – a complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo, 3ª edição revista e aumentada, Lisboa, ISBN: 972 618 297 2.

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. (2005), *Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo, Lisboa, ISBN: 972 618 394 4.

PRABHAKARAN, S. (2003), An insight into services attributes in banking sector, *Journal of Services Research*, 3 (1), 157-169.

RICE, G. (2006), Individual values, organizational context, and self-perceptions of employee creativity: evidence from egyptian organizations, *Journal of Business Research*, 59 (2), 233 - 241.

ROKEACH, M. (1973), *The nature of human values*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, New York.

ROKEACH, M. e BALL-ROKEACH, S. J. (1989), Stability and change in American value priorities: 1968-1981, *American Psychologist*, 44 (5) 775-784.

ROS, M., SCHWARTZ, S. H. e SURKISS, S. (1999), Basic individual values, work values, and the meaning of work, *Applied Psychology: An International Review*, 48 (1), 49-71.

RUYTER, K., WETZELS, M., LEMMINK, J. e MATTSSON, J. (1997), The dynamics of the service delivery process, *International Journal of Research in Marketing*, 14, 231-243.

RUYTER, K., BLOEMER, J. e PEETERS, P. (1997), Merging service quality and service satisfaction – an empirical test of an integrative model, *Journal of Economic Psychology*, 18, 387-406.

SAGIV, L. e SCHWARTZ, S. H. (2000), Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects, *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.

SAGIV, L. e SCHWARTZ, S. H. (2004), Values, intelligence and client behaviour in career counseling: a field study, *European Journal of Psychology Education*, 19 (3), 237-254.

SALOMI, G., MIGUEL, P. e ABACKERLI, A. (2005), SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos, *Gestão e Produção*, 12 (2), 279-293.

SCHWARTZ, S. H. e BILSKY, W. (1987), Toward a universal psychological structure of human values, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (3), 550-562.

SCHWARTZ, S. H. e BILSKY, W. (1990), Toward a theory of the universal content and structure of values: extensions and cross-cultural replications, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 878-891.

SCHWARTZ, S. H. (1992), Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries, *Advances in Experimental Social Psychology*, M. Zanna Ed. Orlando: Academic Press, 25, 1-65.

SCHWARTZ, S. H. (1994), Are there universal aspects in the structure and contents of human values?, *Journal of Social Issues*, 50 (4), 19-45.

SCHWARTZ, S. H. e SAGIV, L. (1995), Identifying culture-specifics in the content and structure of values, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26 (1), 92-116.

SCHWARTZ, S. H. (1999), A theory of cultural values and some implications for work, *Applied Psychology: An International Review*, 48 (1), 23-47.

SCHWARTZ, S. H. e SAGIV, L. (2000), Worries and values, *Journal of Personality*, 68 (2), 309-346.

SCHWARTZ, S. H., MELECH, G., LEHMANN, A., BURGESS, S., HARRIS, M. e OWENS, V. (2001), Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (5), 519-542.

SCHWARTZ, S. H. e BOEHNKE, K. (2004), Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis, *Journal of Research in Personality*, 38 (3), 230-255.

SCHWARTZ, S. H. (2005a), Valores humanos básicos: seu contexto e estrutura intercultural in TAMAYO, A. e PORTO, J. B., *Valores e comportamentos nas organizações*, Editora Vozes, Petrópolis, ISBN 85 326 3147 9, 21-55.

SCHWARTZ, S. H. e RUBEL, T. (2005b), Sex differences in value priorities: cross-cultural and multimethod studies, *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (6), 1010-1028.

SIGALA, M. e SAKELLARIDIS, O. (2004), Web users' cultural profiles and e-service quality: internationalisation implications for tourism web sites, *Information Technology and Tourism*, 7, 13-22.

SMITH, A. M. (2002), Some problems when adopting Churchill's paradigm for the development of service quality measurement scale, *Journal of Business Research*, 55, 17-31.

STAFFORD, M. R., PRYBUTOK, V., WELLS, B. P. e KAPPELMAN, L. (1999), Assessing the fit and stability of alternative measures of service quality, *The Journal of Applied Business Research*, 15 (2), 13-30.

STEENKAMP, J.-B., HOFSTEDE, F. T. e WEDEL, M. (1999), A cross-national investigation into the individual and national cultural antecedents of consumer innovativeness, *Journal of Marketing*, 63 (2), 55-69.

SURESHCHANDAR, G. S., RAJENDRAN, C. e KAMALANABHAN, T. J. (2001) - Customer perceptions of service quality: a critique, *Total Quality Management*, vol. 12 (1), 111-124.

TAMAYO, A. e PORTO, J. B. (2005), *Valores e comportamentos nas organizações*, Editora Vozes, Petrópolis, ISBN: 85 326 3147 9.

TOLER, C. (1975), The personal values of alcoholics and addicts, *Journal of Clinical Psychology*, 31 (3), 554-557.

TRIANDIS, H. C., McCUSKER, C. e HUI, C. H. (1990), Multimethod probes of individualism and collectivism, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1006-1020.

WESTBROOK, K. W. e PETERSON, R. M. (1998), Business-to-business selling determinants of quality, *Industrial Marketing Management*, 27, 51-62.

WOO, K.-S. e ENNEW, C. T. (2005), Measuring business-to-business professional service quality and its consequences, *Journal of Business Research*, 58, 1178-1185.

ANEXO

- *Questionário aos utentes do Serviço de Urgência hospitalar*



MESTRADO EM ESTRATÉGIA EMPRESARIAL

Faculdade de Economia
Universidade de Coimbra

Apresentação

No âmbito de uma tese de Mestrado em Estratégia Empresarial que está a ser efectuada na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, vimos solicitar a sua colaboração através do preenchimento deste questionário, que tem como **objectivo avaliar a qualidade do serviço prestado por este hospital**. Salientamos que este trabalho tem a aprovação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.

Ao responder ao questionário, solicitamos que assinale com uma **cruz (x)** ou com um **círculo (O)** a resposta que considerar mais correcta ou apropriada em relação a cada uma das perguntas.

Não existem respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

A informação fornecida é estritamente confidencial e anónima.

Depois de preencher o questionário, deverá colocá-lo dentro do envelope e entregá-lo ao secretariado (de imediato ou, se possível, durante a próxima semana).

O sucesso deste estudo depende muito da sua colaboração, que desde já agradecemos.

SECÇÃO 1 – Aspectos Gerais

1. Quem o aconselhou/recomendou a sua vinda ao Serviço de Urgência?

- Centro de Saúde
- Médico conhecido
- Familiar ou amigo
- Saúde 24
- Ninguém me aconselhou. Vim por iniciativa própria
- Outro. Qual? _____

2. Qual o motivo da sua vinda ao Serviço de Urgência?

- Doença
- Acidente de viação
- Acidente de trabalho
- Acidente escolar
- Acidente pessoal
- Acidente doméstico
- Parto
- Agressão
- Queda
- Realização de exames/tratamentos
- Outra. Qual? _____

3. Há quanto tempo está à espera ou esperou para ser atendido (observação médica)?

- 0 minutos
- Até 15 minutos
- Até 30 minutos
- Até 1 hora
- Até 1 hora e 30 minutos
- Até 2 horas
- Até 3 horas
- Até 4 horas
- Mais de 4 horas

4. No Serviço de Urgência foi informado acerca do funcionamento do Sistema de Triagem de Manchester, do significado das cores atribuídas e do tempo de espera previsto para ser observado pelo médico?

- Sim
- Não
- Não sabe

5. Qual o grau de gravidade ou cor atribuído à sua situação?

- Emergente (Vermelho)
- Muito Urgente (Laranja)
- Urgente (Amarelo)
- Pouco Urgente (Verde)
- Não Urgente (Azul)
- Sem cor atribuída (Branco)
- Não sabe

SECÇÃO 2 – Qualidade dos Serviços de Saúde

6. Por favor, indique o grau de importância que tem para si cada um dos seguintes aspectos quando pensa na qualidade do serviço prestado por um hospital:

Legenda: 1 Pouco importante; 2 Algo importante; 3 Importante; 4 Muito importante; 5 Extremamente importante

	Pouco importante	Algo importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
1. Proporcionar boa sinalização e boas condições de circulação aos utentes.	1	2	3	4	5
2. Ter profissionais de saúde com uma boa aparência física e apresentação.	1	2	3	4	5
3. Ter instalações físicas confortáveis e atractivas (temperatura, ruído, estado de conservação, limpeza).	1	2	3	4	5
4. Ter os equipamentos necessários e tecnologia moderna para fornecer cuidados médicos completos.	1	2	3	4	5
5. Ter instalações que garantam a privacidade e a segurança dos utentes.	1	2	3	4	5
6. Ter documentação/panfletos atractivos com informação ao utente.	1	2	3	4	5
7. Prestar bem o serviço quando o utente a ele recorre pela primeira vez.	1	2	3	4	5
8. Ter capacidade para resolver os problemas dos utentes.	1	2	3	4	5
9. Ter uma boa imagem e reputação na comunidade.	1	2	3	4	5
10. Ter médicos com reputação entre os utentes.	1	2	3	4	5
11. Ter registos clínicos sem erros, actualizados e organizados.	1	2	3	4	5
12. Os serviços (internamentos, consultas, exames ou tratamentos) serem realizados na hora marcada.	1	2	3	4	5
13. Os profissionais de saúde mostrarem preocupação e um interesse genuíno em resolver os problemas dos utentes.	1	2	3	4	5
14. Existir rigor administrativo na emissão das facturas aos utentes e na cobrança das taxas moderadoras.	1	2	3	4	5
15. Ter pessoal de enfermagem, de secretariado e recepção, e auxiliares de acção médica com competência e conhecimentos para o bom exercício das suas funções.	1	2	3	4	5
16. Ter médicos com elevada experiência.	1	2	3	4	5
17. Ter médicos altamente qualificados e com elevados conhecimentos e qualificações.	1	2	3	4	5
18. Os profissionais de saúde estarem constantemente actualizados sobre os últimos desenvolvimentos científicos.	1	2	3	4	5
19. Os profissionais de saúde terem capacidade para reduzir as preocupações do utente relativamente à sua doença ou tratamentos.	1	2	3	4	5
20. Os profissionais de saúde terem consideração e respeito pelo doente.	1	2	3	4	5
21. Os profissionais de saúde lembrarem-se dos nomes e cara dos utentes.	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde conhecerem as necessidades individuais dos utentes.	1	2	3	4	5
23. Os profissionais de saúde darem uma atenção especial a cada utente.	1	2	3	4	5
24. Explicar cuidadosamente os custos dos serviços e/ou tratamentos a pagar pelo utente.	1	2	3	4	5

	Pouco importante	Algo importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
25. Enfermeiros, auxiliares de acção médica e pessoal de secretariado e recepção demonstrarem simpatia e disponibilidade para com os utentes.	1	2	3	4	5
26. Os médicos demonstrarem cortesia, simpatia e disponibilidade para com os utentes.	1	2	3	4	5
27. Explicar ao utente os cuidados de saúde que lhe são prestados (sobre o diagnóstico, a doença, os medicamentos e os exames realizados).	1	2	3	4	5
28. Ter profissionais de saúde que respeitem a confidencialidade da informação clínica dos utentes.	1	2	3	4	5
29. O hospital transmitir confiança aos utentes.	1	2	3	4	5
30. Prestar serviços de saúde apenas quando haja garantia da existência de benefícios para os utentes.	1	2	3	4	5
31. Melhorar a situação de saúde dos utentes.	1	2	3	4	5
32. Promover a educação do doente sobre os tratamentos/doença.	1	2	3	4	5
33. Promover a prevenção da doença.	1	2	3	4	5
34. Prestar os serviços/tratamentos/exames no prazo estabelecido.	1	2	3	4	5
35. Prestar os serviços/tratamentos/exames sem necessidade de marcação prévia.	1	2	3	4	5
36. O utente ter a possibilidade de contactar o seu médico sempre que necessário.	1	2	3	4	5
37. O horário de funcionamento dos serviços ser conveniente para os utentes.	1	2	3	4	5
38. Ter horário das visitas perfeitamente definido e ser rigorosamente cumprido.	1	2	3	4	5
39. O hospital facilitar o acompanhamento dos utentes por parte dos seus familiares.	1	2	3	4	5
40. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas darem aos acompanhantes/familiares informações claras e objectivas sobre os utentes.	1	2	3	4	5
41. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas terem disponibilidade para com os familiares/acompanhantes dos utentes.	1	2	3	4	5
42. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas comunicarem as informações aos acompanhantes/familiares as informações sobre os utentes no prazo máximo de 15 minutos.	1	2	3	4	5

7. Por favor, indique como avalia a qualidade do serviço prestado por este hospital (Centro Hospitalar do Alto Ave. EPE) nos seguintes aspectos:

Legenda: 1 Discordo Totalmente; 2 Discordo; 3 Não Concordo nem Discordo; 4 Concordo; 5 Concordo Totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Este hospital proporciona boa sinalização e boas condições de circulação aos utentes.	1	2	3	4	5
2. Este hospital tem profissionais com uma boa aparência física e apresentação.	1	2	3	4	5
3. Este hospital tem instalações físicas confortáveis e atractivas (temperatura, ruído, estado de conservação, limpeza).	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente				
	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	
4. Este hospital tem equipamentos suficientes e tecnologia moderna para prestar bons cuidados médicos.	1	2	3	4	5
5. Este hospital tem instalações que garantem a privacidade e segurança dos utentes.	1	2	3	4	5
6. Este hospital fornece informação em documentação/panfletos atractivos.	1	2	3	4	5
7. Este hospital presta bem o serviço quando o utente a ele recorre pela primeira vez.	1	2	3	4	5
8. Este hospital é capaz de resolver os problemas dos utentes.	1	2	3	4	5
9. Este hospital tem uma boa imagem e reputação na comunidade.	1	2	3	4	5
10. Este hospital possui médicos com reputação entre os utentes.	1	2	3	4	5
11. Este hospital tem registos clínicos sem erros, actualizados e organizados.	1	2	3	4	5
12. Os serviços (internamentos, consultas, exames ou tratamentos) são realizados na hora marcada.	1	2	3	4	5
13. Os profissionais de saúde mostram preocupação e um interesse genuíno em resolver os problemas dos utentes.	1	2	3	4	5
14. Existe rigor administrativo na emissão das facturas aos utentes e na cobrança das taxas moderadoras.	1	2	3	4	5
15. O pessoal de enfermagem, de secretariado e recepção, e auxiliares de acção médica têm competências e conhecimentos para prestarem bons cuidados.	1	2	3	4	5
16. Os médicos deste hospital têm elevada experiência.	1	2	3	4	5
17. Os médicos deste hospital têm muitos conhecimentos e qualificações.	1	2	3	4	5
18. Os profissionais de saúde deste hospital estão actualizados sobre os últimos desenvolvimentos científicos.	1	2	3	4	5
19. Os profissionais de saúde deste hospital conseguem reduzir as preocupações do utente relativamente à sua doença ou tratamentos.	1	2	3	4	5
20. Os profissionais de saúde têm consideração e respeito pelo doente.	1	2	3	4	5
21. Os profissionais de saúde lembram-se dos nomes e cara dos utentes.	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde deste hospital conhecem as necessidades individuais dos utentes.	1	2	3	4	5
23. Os profissionais de saúde dão uma atenção especial a cada utente.	1	2	3	4	5
24. Este hospital explica os custos dos serviços e/ou tratamentos a pagar pelo utente.	1	2	3	4	5
25. Os enfermeiros, os auxiliares de acção médica e pessoal de secretariado e recepção demonstram simpatia e disponibilidade para com os utentes.	1	2	3	4	5
26. Os médicos deste hospital demonstram cortesia, simpatia e disponibilidade para com os utentes.	1	2	3	4	5
27. Os profissionais de saúde explicam ao utente os cuidados que lhe são prestados (sobre o diagnóstico/medicamentos/exames realizados).	1	2	3	4	5
28. Este hospital tem profissionais de saúde que respeitam a confidencialidade da informação clínica dos utentes.	1	2	3	4	5
29. Este hospital transmite confiança aos utentes.	1	2	3	4	5
30. Este hospital presta serviços de saúde apenas quando há garantia da existência de benefícios para os utentes.	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente ↓	Discordo ↓	Não concordo nem discordo ↓	Concordo ↓	Concordo totalmente ↓
31. Este hospital melhora o estado de saúde dos utentes.	1	2	3	4	5
32. Os profissionais de saúde promovem a educação do doente sobre os tratamentos / doença.	1	2	3	4	5
33. Os profissionais de saúde promovem a prevenção da doença.	1	2	3	4	5
34. Os serviços/tratamentos/exames são prestados no prazo estabelecido.	1	2	3	4	5
35. Os serviços/tratamentos/exames são realizados sem necessidade de marcação prévia.	1	2	3	4	5
36. O utente tem a possibilidade de contactar o seu médico sempre que necessário.	1	2	3	4	5
37. O horário de funcionamento dos serviços é conveniente para os utentes.	1	2	3	4	5
38. O horário das visitas está perfeitamente definido e é rigorosamente cumprido.	1	2	3	4	5
39. Este hospital facilita o acompanhamento dos utentes por parte dos seus familiares.	1	2	3	4	5
40. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas dão aos acompanhantes/familiares informações claras e objectivas sobre os utentes.	1	2	3	4	5
41. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas têm disponibilidade para com os familiares/acompanhantes dos utentes.	1	2	3	4	5
42. Os profissionais dos serviços de informações/relações públicas comunicam as informações aos acompanhantes/familiares as informações sobre os utentes no prazo máximo de 15 minutos.	1	2	3	4	5

8. Considerando toda a sua experiência com este hospital, indique por favor o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, numa escala de 1 a 5, onde 1 significa “discordo totalmente” e 5 significa “concordo totalmente”.

Legenda: 1 Discordo Totalmente; 2 Discordo; 3 Não Concordo nem Discordo; 4 Concordo; 5 Concordo Totalmente

		Discordo totalmente ↓	Discordo ↓	Não concordo nem discordo ↓	Concordo ↓	Concordo totalmente ↓
1	Se voltasse a ter o mesmo problema, eu desejaria recorrer a este hospital novamente.	1	2	3	4	5
2	Tendo em conta a forma como estou a ser tratado, eu recomendaria fortemente este hospital a um amigo/familiar.	1	2	3	4	5
3	Tendo em conta a forma como estou a ser tratado, eu voltaria a recorrer a este hospital.	1	2	3	4	5
4	Eu estou muito satisfeito com os cuidados médicos que tenho recebido.	1	2	3	4	5
5	Recorrer a este hospital é uma decisão acertada.	1	2	3	4	5
6	Estou muito satisfeito com o serviço que este hospital me está a prestar.	1	2	3	4	5
7	Globalmente, estou satisfeito com a forma como este hospital me tem tratado.	1	2	3	4	5
8	Este hospital presta um serviço com uma qualidade muito boa.	1	2	3	4	5
9	A qualidade do serviço deste hospital é de elevado nível.	1	2	3	4	5
10	Este hospital presta um serviço com elevados padrões.	1	2	3	4	5

SECÇÃO 3 – Valores Pessoais

9. Nesta secção apresentam-se as características de algumas pessoas. Por favor indique “QUANTO É QUE ESSA PESSOA SE PARECE CONSIGO”. Assinale com uma cruz (X) a opção que indica o quanto a pessoa descrita se parece consigo.

Quanto é que esta pessoa se parece consigo?

	Parece-se muito comigo	Parece-se comigo	Parece-se mais ou menos comigo	Parece-se pouco comigo	Não se parece comigo	Não se parece nada comigo
1) Pensar em novas ideias e ser criativa é importante para essa pessoa. Ela gosta de fazer as coisas de forma própria e original.	1	2	3	4	5	6
2) Ser rica é importante para essa pessoa. Ela quer ter muito dinheiro e possuir coisas caras.	1	2	3	4	5	6
3) Essa pessoa acredita que é importante que todas as pessoas do mundo sejam tratadas com igualdade. Ela acredita que todos deveriam ter oportunidades iguais na vida.	1	2	3	4	5	6
4) É muito importante para essa pessoa demonstrar as suas competências. Ela quer que as pessoas a admirem por aquilo que ela faz.	1	2	3	4	5	6
5) É importante para essa pessoa viver num ambiente seguro. Ela evita qualquer atitude que possa colocar a sua segurança em perigo.	1	2	3	4	5	6
6) Essa pessoa acha que é importante fazer várias coisas diferentes na vida. Ela procura ter sempre novas experiências.	1	2	3	4	5	6
7) Essa pessoa acredita que todos deveriam fazer o que lhes é mandado. Ela acredita que as pessoas deveriam seguir sempre as regras, mesmo quando ninguém está a verificar o seu cumprimento.	1	2	3	4	5	6
8) É importante para essa pessoa ouvir aqueles que são diferentes dela. Mesmo quando não concorda com eles, ainda procura entendê-los.	1	2	3	4	5	6
9) Essa pessoa acha que é importante não querer mais do que se tem. Ela acredita que as pessoas deveriam estar satisfeitas com o que têm.	1	2	3	4	5	6
10) Essa pessoa procura todas as oportunidades para se divertir. É importante para ela a satisfação dos seus desejos.	1	2	3	4	5	6
11) É importante para essa pessoa tomar as suas próprias decisões sobre o que faz. Ela gosta de ser livre para planear e escolher suas actividades.	1	2	3	4	5	6
12) É muito importante para essa pessoa ajudar as pessoas que estão à sua volta. Ela quer cuidar do bem-estar delas.	1	2	3	4	5	6
13) Ser bem-sucedida é importante para essa pessoa. Ela gosta de impressionar os outros.	1	2	3	4	5	6
14) A segurança do seu país é muito importante para essa pessoa. Ela acha que o Governo deveria estar mais atento a ameaças internas ou externas.	1	2	3	4	5	6
15) Essa pessoa gosta de arriscar. Ela está sempre à procura de novas aventuras.	1	2	3	4	5	6
16) É importante para essa pessoa ter um comportamento correcto. Ela quer evitar atitudes que os outros considerem ser erradas.	1	2	3	4	5	6
17) É importante para essa pessoa liderar. Ela quer que as pessoas façam o que ela manda.	1	2	3	4	5	6
18) É importante para essa pessoa ser fiel aos seus amigos. Ela quer dedicar-se às pessoas que estão mais próximas de si.	1	2	3	4	5	6

Quanto é que esta pessoa se parece consigo?

	Parece-se muito comigo	Parece-se comigo	Parece-se mais ou menos comigo	Parece-se pouco comigo	Não se parece comigo	Não se parece nada comigo
19) Essa pessoa acredita convictamente que todos deveriam preservar a natureza. Cuidar do meio ambiente é importante para ela.	1	2	3	4	5	6
20) Ser religiosa é importante para essa pessoa. Ela esforça-se para seguir a sua fé e as suas crenças religiosas.	1	2	3	4	5	6
21) É importante para essa pessoa que tudo esteja organizado e asseado. Ela não gosta de ver as coisas desordenadas.	1	2	3	4	5	6
22) Essa pessoa acha que é importante explorar novos interesses. Ela gosta de ser curiosa.	1	2	3	4	5	6
23) Essa pessoa acredita que todos deveriam viver em harmonia. Promover a paz entre todos os grupos no mundo é importante para ela.	1	2	3	4	5	6
24) Essa pessoa acha que é importante ter ambição. Ela quer demonstrar as suas capacidades.	1	2	3	4	5	6
25) Essa pessoa acha que é melhor fazer as coisas de forma tradicional. É importante para ela preservar os costumes aprendidos.	1	2	3	4	5	6
26) Aproveitar os prazeres da vida é importante para essa pessoa. Ela gosta de satisfazer as suas vontades.	1	2	3	4	5	6
27) É importante para essa pessoa compreender as necessidades dos outros. Ela tenta apoiar os seus amigos mais próximos.	1	2	3	4	5	6
28) Essa pessoa acredita que os seus pais e os idosos devem ser sempre respeitados. É importante para ela ser obediente.	1	2	3	4	5	6
29) Essa pessoa quer que todos sejam tratados com justiça, mesmo aqueles que não conhece. É importante para ela proteger os mais fracos na sociedade.	1	2	3	4	5	6
30) Essa pessoa gosta de surpresas. É importante para ela ter uma vida emocionante.	1	2	3	4	5	6
31) Essa pessoa esforça-se para não ficar doente. Estar saudável é muito importante para ela.	1	2	3	4	5	6
32) Progredir na vida e acreditar no seu valor pessoal é importante para essa pessoa. Ela empenha-se em fazer melhor que os outros.	1	2	3	4	5	6
33) Perdoar as pessoas que a magoaram é importante para essa pessoa. Ela tenta ver o que há de bom nelas e procura não demonstrar rancor.	1	2	3	4	5	6
34) É importante para essa pessoa ser independente. Ela gosta de ser auto-suficiente.	1	2	3	4	5	6
35) Contar com um Governo estável é importante para essa pessoa. Ela preocupa-se com a preservação da ordem social.	1	2	3	4	5	6
36) É importante para essa pessoa ser educada para com os outros. Ela procura nunca incomodar ou irritar as outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
37) Essa pessoa quer aproveitar a vida. Divertir-se é muito importante para ela.	1	2	3	4	5	6

Quanto é que esta pessoa se parece consigo?

	Parece-se muito comigo	Parece-se comigo	Parece-se mais ou menos comigo	Parece-se pouco comigo	Não se parece comigo	Não se parece nada comigo
38) É importante para ela ser humilde e modesta. Ela tenta não chamar atenção para si.	1	2	3	4	5	6
39) Essa pessoa gosta de ser a única a tomar decisões. Ela gosta de liderar.	1	2	3	4	5	6
40) É importante para essa pessoa a adaptação à natureza. Ela acredita que ninguém deveria modificar a natureza.	1	2	3	4	5	6

SECÇÃO 4 – QUESTÕES FINAIS

10. Por último, solicitamos-lhe alguma informação para efectuarmos uma caracterização do perfil dos entrevistados.

SEXO Feminino Masculino IDADE: _____ Anos

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Ensino básico primário

Ensino básico preparatório (6º ano)

Ensino secundário (9º ano)

Ensino secundário (12º ano)

Curso profissional/artístico

Curso médio/frequência universitária/bacharelato

Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO DO AGREGADO FAMILIAR

Menos de 500€

500-999€

1000-1499€

1500-2499€

2500-3499€

3500-4999€

5000€ ou mais

PROFISSÃO: _____

Muito Obrigado pela sua Colaboração