



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇO NUM SERVIÇO
DE INTERNAMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM
LISBOA

Carma Sofia Carvalho Gouveia

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Portela, Professora Auxiliar do ISCTE-IUL, Departamento de
Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Setembro 2015

ABSTRACT

The Quality of healthcare delivered to society has been one of the most present concern by the providers.

The aim of this study was to assess the perceived quality by patients of an public health care organization in Lisbon, through the application of the SERVQUAL model of Parasuraman, *et al.* (1988), which includes the services dimensions: tangibility, reliability, security, responsiveness and empathy, as well as the main criteria that users take into account when assessing the quality of service provided by the hospital.

This research was based on analysis of data, a sample of convenience, on a total of 93 respondents admitted at the service under study, between July 1st and September 18th, 2015, which fulfil the criteria for inclusion. SERVQUAL questionnaire was applied to respondents. The sample consisted of 49% of males and 51% females, with an average age of 45 years. Through the Cronbach's Alpha, it was possible to assess the internal consistency of the dimensions. In this context, we conclude that the dimensions of service quality have excellent levels of internal consistency.

We conclude that the average values of the expectations of users were slightly higher than their actual perceptions, in all dimensions of service quality. We find that the biggest gap (Perceptions – Expectations) is at the level of Responsiveness, followed by Empathy, Reliability, Security and with the smallest gap of all, the Tangible items. Users assign greater importance to the feature *"Ability of the service users to perform the promised service safely and needs"* (Safety dimension). For the respondents, the second most important feature for the quality of service is the *"availability to help users and give them a quick service"*. Though, the less important characteristic is the *"appearance of the facilities"* (Tangibility dimension).

Keywords: Quality, Healthcare, Service Quality, SERVQUAL

RESUMO

A Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados à população tem vindo a tornar-se uma das preocupações mais presentes por parte dos prestadores de cuidados.

O objectivo do presente estudo, foi o de avaliar a qualidade de serviço percebido pelos utentes de um serviço de internamento de um hospital público em Lisboa, bem como os principais critérios que têm em conta, aquando da avaliação da qualidade de serviço prestada pelo hospital. Para isso, foi usado o modelo SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1988), onde são avaliadas as dimensões: elementos tangíveis, fiabilidade, segurança, capacidade de resposta e empatia.

A investigação baseou-se na análise dos dados recolhidos, constituindo uma amostra por conveniência, num total de 93 inquiridos, internados no serviço em estudo entre 1 de Julho e 18 de Setembro de 2015, que cumprissem os critérios de inclusão. Aos inquiridos foi aplicado o questionário SERVQUAL.

A amostra foi constituída por 49% de indivíduos do sexo masculino e 51% do sexo feminino, com uma média de idades de 45 anos.

Através do Alpha de Cronbach, foi possível a avaliação da consistência interna das dimensões, que se situa no nível muito bom.

Concluimos que os valores médios obtidos das expectativas dos utentes inquiridos foram ligeiramente superiores às suas percepções reais, em todas as dimensões de qualidade de serviço. Verificamos que o maior Gap (Percepções – Expectativas) se encontra ao nível da Capacidade de resposta, seguido da Empatia, Fiabilidade, Segurança e com o menor Gap de todos, os Elementos Tangíveis. Os utentes atribuem maior importância à característica “Capacidade do serviço realizar o serviço prometido de forma segura e precisa” (dimensão Segurança). Para os inquiridos, a segunda característica mais importante para a qualidade de serviço é a “*disposição para ajudar os utentes e dar-lhes um serviço rápido*” (dimensão Capacidade de Resposta). Consideram como menos importante a “*aparência das instalações*” que corresponde à dimensão dos Elementos Tangíveis.

Palavras-chave: Qualidade, Saúde, Qualidade de Serviço, SERVQUAL

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Sofia Lopes Portela, pela atenção, disponibilidade, pela transmissão de conhecimentos e pela competência extraordinária demonstrada. Pelo carinho, motivação e incentivo.

Agradeço a colaboração da Enf^a Chefe Maria das Dores Martins, ao Prof. Doutor Mendes de Almeida pela compreensão e atenção que dedicaram ao presente trabalho.

Às minhas colegas e amigas, Ana Real, Ana Lopes, Catarina Gomes e Ana Margarida Rosa pela compreensão, carinho e solidariedade.

À minha companheira e também amiga, Ana Daniela Simões, pela amizade, carinho e cumplicidade.

À minha Mãe, por ser o meu exemplo. Por ser a minha melhor amiga e por estar sempre ao meu lado. Por me mostrar que há mais para além do que aquilo que a vista consegue alcançar e que nada é mais forte que a vontade. Nada.

LISTA DE SIGLAS

ACP- Análise de Componentes Principais

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

DOH- Department of Health

EPE – Entidade Publica Empresarial

INE- Instituto Nacional de Estatística

IOM- Institute of Medicine

KMO-Kaiser-Meyer-Olkin

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

SA- Sociedade Anónima

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SO- Serviço de Observação

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| SETEMBRO 2015 ABSTRACT | I |
| RESUMO | IV |
| AGRADECIMENTOS | V |
| LISTA DE SIGLAS | VI |
| ÍNDICE | VII |
| ÍNDICE DE FIGURAS | IX |
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. REVISÃO DE LITERATURA | 4 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL | 4 |
| 1.2 ESPECIFICIDADES DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE..... | 7 |
| 1.3 CONCEITO DE QUALIDADE E QUALIDADE EM SAÚDE..... | 10 |
| 1.4 A QUALIDADE EM SAÚDE EM PORTUGAL | 14 |
| 1.5 MODELOS DE QUALIDADE DE SERVIÇO..... | 15 |
| 1.5.1 <i>Modelo da qualidade total percebida por Grönroos (1984)</i> | 16 |
| 1.5.2 <i>Modelo de Gaps de Parasuraman et al. (1985, 1988, 1991) e o instrumento SERVQUAL</i> | 17 |
| 1.5.3 <i>Modelo de Cronin and Taylor (1992)</i> | 23 |
| 1.5.4 <i>Modelo de Brady e Cronin's (2001)</i> | 24 |
| 3. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM ESTUDO | 26 |
| 4. METODOLOGIA | 28 |
| 4.1 OBJECTIVOS..... | 28 |
| 4.2 UNIVERSO E AMOSTRA..... | 29 |
| 4.3 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS..... | 29 |
| 4.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS | 30 |
| 5 RESULTADOS | 32 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 32 |
| 5.2 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS SERVQUAL..... | 35 |
| 5.3 AVALIAÇÃO POR DIMENSÃO: PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 35 |
| 5.4 ANÁLISE DA QUALIDADE GLOBAL DO SERVIÇO | 40 |
| 5.5 AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA A CADA CARACTERÍSTICA..... | 41 |
| 5.6 ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS | 43 |
| 5.7 ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DOS GAPS DAS DIMENSÕES POR GÉNERO | 44 |
| 5.8 ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DOS GAPS DAS DIMENSÕES POR CLASSES ETÁRIAS | 44 |
| 6 CONCLUSÃO | 46 |
| BIBLIOGRAFIA | 50 |
| ANEXOS | 54 |
| ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO | 55 |
| ANEXO II - QUESTIONÁRIO | 56 |
| ANEXO III- ALPHA DE CRONBACH POR DIMENSÕES | 59 |
| ANEXO IV –ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS | 60 |
| ANEXO V - ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR GÉNERO | 63 |
| ANEXO VI - ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR GRUPOS ETÁRIOS | 65 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| TABELA 1- DIMENSÕES DA QUALIDADE DE SERVIÇO, ADAPTADO DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY (1985) | 18 |
| TABELA 2-DIMENSÕES UTILIZADAS NO MODELO SERVQUAL E A SUA CORRESPONDÊNCIA COM OS 22 ITENS DO QUESTIONÁRIO APLICADO NO PRESENTE ESTUDO | 20 |
| TABELA 3- ALPHA DE CRONBACH POR DIMENSÃO..... | 35 |
| TABELA 4-VALORES DE GAP POR DIMENSÃO..... | 40 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1- MODELO DE QUALIDADE TOTAL SEGUNDO GRÖNROOS, FONTE: GRÖNROOS (1990) | 17 |
| FIGURA 2- DETERMINANTES DE QUALIDADE DE SERVIÇO PERCEBIDA, ADAPTADO DE PARASURAMAN <i>ET AL.</i> (1985) | 19 |
| FIGURA 3 - FONTE: PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY (1985), MODELO DOS GAPS DA QUALIDADE DE SERVIÇO | 21 |
| FIGURA 4 - FIGURA: ADAPTADO DE BRADY E CRONIN (2001), MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇO SEGUNDO BRADY E CRONIN (2001) | 24 |
| FIGURA 5- GÉNERO DOS INQUIRIDOS | 32 |
| FIGURA 6-GRUPOS ETÁRIOS DOS INQUIRIDOS | 33 |
| FIGURA 7-HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS INQUIRIDOS | 34 |
| FIGURA 8-FREQUÊNCIA DE VISITA AO HOSPITAL | 34 |
| FIGURA 9 - DIMENSÃO "ASPECTOS TANGÍVEIS": PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 36 |
| FIGURA 10-DIMENSÃO "FIABILIDADE": PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 37 |
| FIGURA 11-DIMENSÃO "CAPACIDADE DE RESPOSTA": PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 38 |
| FIGURA 12-DIMENSÃO "SEGURANÇA": PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 39 |
| FIGURA 13-DIMENSÃO "EMPATIA": PERCEPÇÕES VS EXPECTATIVAS | 40 |
| FIGURA 14-QUALIDADE DE SERVIÇO | 41 |
| FIGURA 15- PERCENTAGEM DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS UTENTES A CADA CARACTERÍSTICA | 42 |
| FIGURA 16-IMPORTÂNCIA DAS CARACTERÍSTICAS PARA OS INQUIRIDOS | 43 |

1. INTRODUÇÃO

A preocupação da gestão das Organizações de Saúde com a permanente satisfação das necessidades dos utentes, confere uma importância e dimensão crescente à qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

O presente trabalho de investigação vai de encontro às necessidades levantadas com esta problemática e pretende ser um pequeno contributo para o conhecimento de alguns dos aspectos inerentes à qualidade dos cuidados percebidos pela população.

De facto, o tema Qualidade em Saúde tem vindo a ganhar uma enorme preponderância, razão pela qual o seu estudo se encara como um constante desafio, que está sujeito a constantes aditamentos e melhorias.

A preocupação com o conceito Qualidade em Saúde, remonta a tempos longínquos, desde Hipócrates, Florence Nightingale ou Ernest Codman, embora seja Donabedian (1988) que se torna o maior impulsionador da conceptualização da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

Assim, segundo este autor à Qualidade dos Serviços de saúde estão inerentes três componentes: qualidade técnica, qualidade interpessoal e o ambiente/comodidades. Mais tarde, a estas componentes, o mesmo autor juntou uma tríade entre estrutura, processos e resultados (Mosedeghrad, 2012).

Aceitamos como definição mais adequada ao contexto português e ao presente estudo, a definição do Programa Ibérico de 1990, apresentada por Campos (2010). Segundo esta, Qualidade em Saúde é a *“prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”* (Campos, 2010, p. 12).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2011-2016, refere que, no que diz respeito à Qualidade em Saúde existente no contexto dos cuidados de saúde do país, a sua avaliação e evolução tem sido pouco estudada. Por outro lado, aquilo que se tem verificado, segundo França (2008), são resoluções fragmentadas e a sua descoordenação será uma das principais razões para que a Qualidade em Saúde não esteja ainda mais fortemente enraizada, na cultura dos cuidados de Saúde em Portugal.

No sentido de ir de encontro ao âmago da presente investigação, foram inicialmente formuladas duas questões fundamentais: “qual o nível de qualidade atribuído ao serviço de internamento em estudo, pelos doentes internados?” e “quais os critérios que os utentes têm em conta na altura de avaliar a qualidade de serviço?”.

Tendo como ponto de partida estas duas questões, foi delineado o objectivo principal da investigação- Avaliar a qualidade de serviço percebida pelos utentes de um serviço de internamento de um hospital público em Lisboa, bem como os principais critérios que têm em conta, aquando da avaliação da qualidade de serviço prestada pelo hospital.

Para Cronin e Taylor (1992), a qualidade de serviço percebida pelos utentes, assume-se como o principal indicador de qualidade dos cuidados prestados. Já para Grönroos (1984) devido à intangibilidade e subjectividade dos serviços, a qualidade de serviço deverá ser definida segundo a percepção do cliente.

Nesta linha, estamos em crer que o modelo com maior adequação ao presente estudo, será o defendido por Parasuraman *et al.* (1988) denominado Modelo de Gaps, no qual o propósito é analisar as causas que geram lacunas no serviço. Por si só, este Modelo de Gaps, não fornece uma ferramenta de medição da qualidade do serviço prestado razão pela qual os mesmos autores desenvolvem e publicam, no ano de 1988, o modelo SERVQUAL e desenvolvem um questionário correspondente. No SERVQUAL, os autores agrupam os diferentes critérios tidos em conta pelos consumidores aquando da avaliação de qualidade de um serviço, em cinco dimensões: Elementos Tangíveis, Fiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia. A estas dimensões fazem corresponder diversas perguntas do questionário, que se divide entre percepções reais e expectativas. No final, o diferencial entre as percepções e as expectativas, representa o Gap 5.

A aplicabilidade do instrumento SERVQUAL aos serviços de saúde é estudada e assegurada por Headley e Miller (1993), salvaguardando algumas especificidades que mereçam especial atenção por parte de futuros investigadores.

Como foi dito anteriormente, o objectivo geral da presente investigação é: Avaliar a qualidade de serviço percebida pelos utentes de um serviço de internamento de um hospital público em Lisboa, bem como os principais critérios que têm em conta, aquando da avaliação da qualidade de serviço prestada pelo hospital.

Como objectivos específicos foram delineados os seguintes:

1. Efectuar uma revisão de literatura adequada à problemática em estudo, de acordo com uma bibliografia adequada abordando os temas principais do estudo;
2. Avaliar o nível de qualidade atribuída pelos utentes ao serviço;
3. Avaliar o gap existente entre as suas percepções e expectativas;
4. Identificar quais as dimensões/ características a que os utentes atribuem maior e menor importância;
5. Analisar as diferenças estatísticas das percepções e das expectativas por género e grupos etários.

A presente investigação está estruturada em cinco capítulos. Na introdução faz-se o enquadramento e a fundamentação do estudo e enumeram-se os principais objectivos propostos. O capítulo dois – Revisão de Literatura- aborda o sector da saúde em Portugal e respectivo sistema, abordam-se os conceitos de serviços, de serviços em saúde e respectivas particularidades. Neste capítulo, são ainda apresentadas definições de qualidade em saúde e as dimensões inerentes, segundo diversos autores. Por fim, desenvolve-se a temática da avaliação da qualidade de serviço e qualidade de serviço percebida na saúde e descrevem-se os modelos de qualidade de serviço. O capítulo terceiro, apresenta a metodologia utilizada na investigação, caracteriza a amostra, evidencia o método e instrumento de recolha dos dados e indica as técnicas estatísticas utilizadas na análise estatística dos dados. No capítulo quarto, apresentam-se os resultados estatísticos e no capítulo cinco, as conclusões da investigação, as limitações do estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Contextualização histórica do Sector da Saúde em Portugal

A organização dos serviços de saúde em Portugal tem uma extensa tradição histórica, cujo perfil foi desenhado sob influências individuais, caritativas, históricas, comunitárias e do Estado.

A evolução do sistema de saúde português até cerca dos anos 30, marcada por uma ideologia corporativa, assente numa concepção de assistência médico-sanitária, de carácter essencialmente caritativo. Após o período da segunda grande guerra e até ao início da década de 60, o hospital foi tido como elemento central dos cuidados de saúde. Após este período, e ainda na mesma década, houve a preocupação de integrar as outras estruturas nas actividades de saúde, sendo que o hospital passou a ser uma delas, mas não a central.

Segundo, Sousa (2002) No início da década de 70, com indicadores socio- económicos e de saúde substancialmente fracos, comparativamente com os valores apresentados pela Europa Ocidental de então. O sistema de saúde português encontrava-se muito dividido: existiam alguns hospitais do Estado de maiores dimensões, hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico- Sociais da Previdência e algumas outras entidades de apoio à prestação de cuidados à sociedade.

Após o ano de 1971, com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, promulgou-se a organização do Ministério da Saúde e Assistência. Este, garante o direito à saúde, mas com acesso aos serviços – agora estruturados e articulados em saúde e assistência social, limitando-se aos recursos disponíveis - humanos, financeiros e técnicos (Portal da Saúde, 2015). Ainda no mesmo decreto de Lei, exalta-se a importância da promoção da saúde e prevenção da doença.

Em 1973 é criado o Ministério da Saúde e no ano seguinte, os Hospitais das Misericórdias começam a ser geridos por comissões nomeadas, sob a tutela do Secretário de Estado. Deste modo, o Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos/infra-estruturas que lhe permite gerir a saúde a nível nacional.

No ano de 1976, é aprovado o conhecido artigo 64.º da nova Constituição, em que *“todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”*(Constituição da

Republica Portuguesa, 2005, p.21). Este direito, pressupõe a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito. Para que o direito à protecção da saúde fosse assegurado, o Estado teria de garantir o acesso aos cuidados de saúde primários e a uma eficiente rede de cuidados hospitalares em todo o país, a todos os cidadãos, independentemente dos seus recursos económicos.

Nos termos deste artigo, o SNS tem gestão descentralizada e participada. O princípio da gestão participada, impõe a existência da possibilidade de participação de associações de utentes e de associações de utentes e de associações de profissionais de saúde na gestão do SNS.

Foi no ano de 1979, com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, que foi criado o SNS, com a supervisão do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto ferramenta para que o Estado pudesse assegurar o direito à protecção da saúde, conforme previsto na Constituição.

O SNS que contempla todos os serviços integrados de saúde com o objectivo de prevenir a doença, promover a saúde e cuidar da população em geral, goza de autonomia financeira e administrativa. É uma organização descentralizada e que engloba os cuidados de saúde primários e os serviços prestadores de cuidados diferenciados à população. Prevê-se que o acesso ao SNS seja gratuito, mas antecipa a possibilidade de aplicação de taxas moderadoras, com o objectivo de moderar a utilização dos cuidados de saúde, que foram aplicadas a partir do ano de 1992, salvaguardando os grupos de risco e as pessoas economicamente desfavorecidas (Sousa, 2009)

Em 1989, assiste-se a uma alteração no artigo 64º, no âmbito da 2ª Revisão Constitucional, no qual se estabelece que o SNS passa a ser “ *universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*” (Constituição da Republica Portuguesa, 2005, p.22). Esta alteração, tem como pressuposto a racionalização dos recursos e a justiça social.

Em 1990, com a publicação da Lei 48/90 de 24 de Agosto denominada de Lei de Bases da Saúde, revista e alterada pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro, em que houve uma reforma da saúde nos hospitais, verificando-se um crescimento da necessidade de alteração da estrutura da gestão dos hospitais, de existência de maior flexibilidade na gestão e de integração das decisões clínicas e assistenciais com as decisões económico-financeiras. Deste modo, foram implementadas três novas medidas de entre as quais a formação dos

hospitais Sociedade Anónima (SA), mais tarde a com o nome de Entidade Pública Empresarial (EPE), a criação das parcerias publico privadas e a modernização da gestão do restante sector hospitalar publico. Procurou-se portanto, despertar o interesse pelo sector privado na área da saúde, englobando a gestão privada de instituições de saúde.

Com esta Lei, a saúde é encarada não só como um direito da população, mas também como um dever conjunto entre cidadãos, Estado e sociedade, em liberdade de procura e escolha na prestação de cuidados.

Foi no ano de 1993 que se verificou a integração e a regionalização do SNS, em que foram definidas cinco regiões – Administrações Regionais de Saúde – e as designadas “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde.

Entre os anos de 1995-2001, o enfoque da tutela para o SNS assentou essencialmente em criar e desenvolver novas formas de gestão e organização para dar resposta às necessidades da população cada vez mais exigentes e específicas. Assim sendo, no âmbito de uma nova estratégia em saúde, foram definidas metas nacionais no sentido de um maior ganho em saúde e do desenvolvimento dos serviços.

Após 2002 e até aos dias de hoje, o SNS tem vindo a sofrer alterações e/ou melhorias na sua estrutura inicial. De salientar que no ano de 2002, a Lei de Bases de Saúde sofre uma profunda modificação que define um novo modelo de gestão hospitalar, essencialmente aplicável ao nível dos hospitais nos quais estes adoptam um modelo de gestão tipo empresarial: são as designadas entidades públicas empresariais- EPE (Ramos, 2005).

O sistema de saúde português enfrentando grandes desafios no sentido de garantir a sua sustentabilidade essencialmente ao nível do seu financiamento, tem vindo a sofrer alterações com vista a sua continuação, melhorando a sua eficiência e eficácia, em termos de resposta às necessidades da população. Para SOUSA (2009, p. 891) presenciamos hoje *“uma aposta no processo de empresarialização dos hospitais do SNS, numa gestão mais empresarial com uma responsabilização clara dos gestores (...); no desenvolvimento de parcerias privado e social; numa maior coordenação vertical (...)”*.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2011), o aumento da esperança de vida da população e a consequente utilização de recursos tecnológicos e de medicamentos tem feito aumentar significativamente a despesa em saúde, e consequentemente a porção correspondente do Produto Interno Bruto nacional. Ainda segundo o mesmo documento, *“os serviços de*

cuidados curativos e reabilitação e os dispositivos médicos disponibilizados a doente não internado constituem as despesas mais representativas, quer nos prestadores privados, quer nos públicos” (PNS, 2011, p.34).

No que diz respeito ao acesso aos cuidados cirúrgicos, de acordo com o Relatório Síntese da Actividade em Cirurgia Programada (ACSS, 2012) citado por PNS (2011, p. 21), “*a procura de cuidados cirúrgicos tende a crescer continuamente desde que é efectuada a medição sistematizada. O crescimento face ao primeiro semestre de 2006 é de 41,5%, situando-se acima de 319 mil entradas no primeiro semestre de 2012 o que face ao período homólogo representa um aumento de 1,8%”.*

2.2 Especificidades das Organizações de Saúde

As organizações de saúde, pela importância que detêm na sociedade, deverão focalizar os seus esforços numa melhoria continua nos cuidados que prestam à população, pois existem para que a sociedade possa beneficiar dos serviços que prestam e em última análise satisfazer as suas necessidades.

Todas as diferentes estruturas e serviços que constituem um hospital deverão reunir esforços no sentido de proporcionar aos operacionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos) os instrumentos necessários para a posta em prática de todo o seu saber. Desta forma, verifica-se que a tradicional estruturação das organizações em pirâmide nas quais o vértice está voltado para cima, não deverá ser aplicado às instituições de saúde, nem mesmo a qualquer tipo de organização cujo objectivo principal seja a de servir os seus clientes. Antes, uma pirâmide invertida com um único objectivo – a satisfação das necessidades dos doentes.

Pensamos que a pirâmide invertida se adequa melhor à forma como uma organização de saúde deverá funcionar, na medida em que todos os profissionais assistem o próximo, e que um completo empenho por parte dos colaboradores só é conseguido se toda a organização apoiar o pessoal da linha da frente que é o que se relaciona com o utente.

Ainda que Mintzberg (2004) nos apresente um esquema de extrema importância para compreender a estrutura e dinâmica das organizações, há uma particularidade importante a referir, na medida em que um individuo pode ter simultaneamente dois papéis distintos na

mesma organização. Por exemplo, um médico pode conjugar a prestação de cuidados directos à população com um cargo no Conselho de Ética de um hospital.

No caso específico dos hospitais, o âmago da sua produtividade e eficiência, reside na importância do seu Centro Operacional, uma vez que este agrega um considerável número de serviços, parcialmente independentes uns dos outros. Por outro lado, os consideráveis avanços no âmbito de novas tecnologias, descobertas científicas, etc., fazem com que o pessoal seja altamente especializado (Crémadez, 1997).

Nesta linha e segundo o mesmo autor, os tipos de mecanismos de coordenação mais evidentes em contexto hospitalar são o do ajustamento mútuo e o da estandardização das qualificações. O ajustamento mútuo assenta, no caso dos hospitais, na importância das relações que se criam entre os profissionais, embora se verifique que este procedimento é pouco fiável, já que basta a variação de um dos intervenientes para que os objectivos já não sejam cumpridos.

Por outro lado, a estandardização das qualificações proporciona uma articulação entre profissionais, em que cada um possui um tipo diferente de saber, para que os objectivos da organização sejam atingidos. Está por isso implícita, uma coordenação que por vezes também assenta em algum tipo de ajustamento mútuo, mas que o estrutura e reforça, de forma substancial (Crémadez, 1997).

A Logística ou Pessoal de Apoio desempenha funções de suporte e de apoio ao centro operacional. A Tecnoestrutura assenta essencialmente na dimensão económica da organização de saúde e na de formação do centro operacional. O vértice Estratégico, como dito anteriormente, gere as relações da organização com o exterior e reúne as verbas necessárias ao funcionamento da mesma (Mintzberg, 2004).

As cinco forças actantes numa empresa que assenta na estrutura definida por Mintzberg são: a centralização, a balcanização/descentralização, a estandardização, a colaboração e a profissionalização.

A centralização encontra-se no vértice estratégico uma vez que é aqui que se centram as responsabilidades globais da organização. Aqui a supervisão directa funciona de forma a que a organização funcione no seu todo como uma só unidade integrada.

A balcanização/ descentralização encontra-se na linha hierárquica e os gestores que dele fazem parte desempenham importantes tarefas no fluxo de informações e indicações directamente do vértice estratégico e distribuem-nas ao centro operacional.

A standardização na tecnoestrutura uma vez que os analistas que dela fazem parte têm como função realizar, planear ou assegurar a formação dos operacionais, ainda que não executem o trabalho propriamente dito.

A colaboração situa-se no pessoal de apoio, uma vez que a sua principal função é a de dar apoio á organização.

A profissionalização no centro operacional uma vez que os que dele fazem parte detêm o mais elevado grau de conhecimento com aplicabilidade na prática clínica. No centro operacional dos centros hospitalares o grau de standardização é relativamente baixo, uma vez que cada pessoa é única, cuidada de forma holística e individual. Por outro lado, a estrutura em si tem poucos níveis hierárquicos pelo que a diferenciação assenta na experiência profissional e na especialização, os papéis são desempenhados basicamente a partir de normas, valores éticos e códigos deontológicos e não tanto na hierarquia (Nunes, 1994).

Para Nunes (1994) é o peso atribuído a cada grupo profissional a laborar num hospital, a “natureza da sua tecnologia e o modo como os elementos pensam a realidade organizacional” que integram as dimensões através das quais se pode analisar as suas particularidades.

Weick (1976), na tentativa de explicar o funcionamento relativamente complexo das instituições desenvolveu a teoria dos “Loosely Coupled Systems” em que demonstra a premissa de que existem organizações em que os elementos constituintes interagem, mas se evidenciam manifestações de separação e identidade distintas. Os elementos interagem rapidamente, ocasionalmente, insignificadamente e eventualmente (Orton e Weick, 1990). Esta teoria adquire especial importância na medida em que sugere que, nenhum tipo de serviço exerce funções sempre de forma interdependente, mas antes, usa essa interdependência por períodos.

A teoria assenta no pressuposto de que as causas dos sistemas imperfeitamente conectados são a indeterminação causal (racionalidade humana e informação limitada que proporciona uma pouco evidente conexão entre os meios usados para atingir os fins), o ambiente

externo fragmentado (uma vez que a satisfação do utente necessita de articular diferentes actividades) e o ambiente interno fragmentado (os participantes estão envolvidos em diversas dimensões da organização).

Estes autores identificam a existência de 8 tipos de estruturas imperfeitamente conectadas: indivíduos, serviços, organizações, níveis hierárquicos, organizações vs ambientes, ideias, actividades e intenções vs acções.

As causas que levam a, e os tipos de sistemas imperfeitamente conectados, têm como efeitos directos a modularidade (eliminam-se as relações desnecessárias e as restantes são transformadas em imperfeitas), a variedade dos requisitos necessários e os comportamentos autónomos. Como compensações deste tipo de sistemas, Orton e Weick (1990) sugerem a existências de fortes lideranças, a focalização num objectivo comum partilhado por todos os trabalhadores (commitment), bem como a existência de valores partilhados.

Tanto as causas, os tipos, os efeitos directos e as compensações acima descritas, levam à existência de resultados operacionais de carácter adaptativo, e de indicadores de satisfação e eficácia.

2.3 Conceito de Qualidade e Qualidade em Saúde

O tema qualidade em saúde está na ordem do dia, muito embora a definição do que é efectivamente Qualidade em Saúde não seja simples e linear provavelmente devido à sua natureza subjectiva e intangibilidade.

Embora a preocupação com o estudo da qualidade dos serviços atravessasse toda a história industrial por autores como Deming, Ishikawa, Shingo ou Juran, no que diz respeito à saúde, foi principalmente Avedis Donabedian que se debruçou sobre o tema, adequando-o ao conceito da saúde tendo sido fortemente impulsionado e difundido pelo mundo através da OMS (Serapioni, 2009). No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, remonta já aos primórdios da medicina, desde Hipócrates, Florence Nightingale ou Ernest Codman.

Para a WHO (2006), todas as iniciativas levadas a cabo em termos de melhoria de qualidade e dos resultados em saúde, terá sempre como ponto de partida a definição do

conceito de qualidade e das dimensões que lhe estão inerentes. Ainda segundo a WHO, de outra forma será impossível delinear intervenções e modelos de mensuração fundamentais para melhorar os resultados obtidos.

Apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspectiva e valores de quem a define, é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Desta forma, revisitamos algumas das mais importantes definições de qualidade existentes: umas mais generalistas, outras mais direccionadas para o campo da saúde.

As diferentes definições de qualidade estudadas, direccionadas para a indústria com aplicabilidade no campo da saúde, não são opostas umas das outras, mas sim complementares e na sua maioria englobam conceitos multidimensionais.

Talvez o maior impulsionador da conceptualização da qualidade nos serviços de saúde, Donabedian (1988), distingue três componentes na qualidade dos cuidados: a qualidade técnica, a qualidade interpessoal e as comodidades ou ambiente. Qualidade técnica diz respeito à eficiência dos cuidados prestados propriamente dita, relacionada com ganhos em saúde. Qualidade interpessoal diz respeito à satisfação das preferências e necessidades dos utentes. As comodidades ou ambiente, diz respeito a coisas como conforto, ambiente físico envolvente e outros serviços proporcionados pela organização. Mais tarde, o mesmo autor veio propor uma tríade entre estruturas (ambiente físico, equipamento, profissionais), processos (relacionado com a prestação de cuidados e interacções entre prestadores de cuidados e utentes) e resultados (resultado final ou efeito dos cuidados prestados) (Mosadeghrad, 2012).

Assim Juran (1979), citado por Antonio e Teixeira (2009), define qualidade como a “*adaptação ao uso*” enfatizando uma perspectiva assente nas consequências que tem para a sociedade e/ou para o individuo. Já para Ishikawa, citado pelos mesmos autores, a qualidade pode ser definida numa perspectiva de resultados, como “ausência de variação nas características de qualidade”. Para Deming, a qualidade diz respeito ao “*processo que conduz a resultados através de produtos/ serviços que possam ser vendidos a consumidores que ficaram satisfeitos*”, numa perspectiva que assenta no processo, que por sua vez está relacionado com o “*acréscimo de valor para o consumidor e actividades e recursos que transformam inputs em outputs*” (António e Teixeira, 2009, p.28).

O Institute of Medicine (IoM) tem apresentado algumas das definições mais adequadas a realidade dos cuidados de saúde. Em 1990, o IoM definia a Qualidade dos Cuidados como sendo o grau em que os serviços de saúde atribuídos e prestados à população e/ ou indivíduos, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados, de acordo com o conhecimento profissional existente à data. (IoM, 1990)

Para Øvretveit (1992: p. 2) qualidade assume-se como “ *a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde, ao custo mais baixo para a organização, e dentro das regulamentações estabelecidas*”. Esta definição diferencia-se das anteriormente apresentadas na medida em que engloba os critérios de satisfação dos utentes, efectividade, equidade e eficiência.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentou a sua definição de Qualidade em Saúde, que assenta em seis dimensões essenciais: eficácia, eficiência, acessibilidade, centrada no utente, equitativa e segurança. Esta definição de Qualidade em saúde apresentada pela OMS assenta no pressuposto de que os sistemas de saúde sejam observados como um todo, bem como na qualidade dos *outcomes* que produzem (WHO, 2006).

Para além das já referidas definições de Qualidade em Saúde, salienta-se ainda de 1997 do Department of Health, United Kingdom – “*doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time*” (DoH, 1997) que frequentemente é tida como incompleta, pelo que habitualmente se complementa com “ *in the right place, at the lower cost*” (Campos *et al.* 2010, p.12)

No entanto, e de acordo com a definição escolhida pelo alto comissariado para a saúde, parece-nos que a definição mais adequada para utilização neste contexto é a do Programa Ibérico (1990): “*prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes*”, onde está implícita a “*promoção da saúde e a prevenção da doença*”. (Campos *et al.* 2010, p. 12). Nesta linha, também Fragata (2011, p. 18) define resumidamente qualidade nos cuidados de saúde, como um conceito que “*engloba o resultado (...), o processo (...), a estrutura (...), a segurança e a satisfação dos doentes (...)*”.

Da perspectiva dos prestadores de cuidados, no que a este estudo diz respeito, é o resultado em termos de ganho de saúde para a população, o mais importante e não tanto o ganho individual dos indivíduos (Campbell, *et. al.*, 2000).

Como vimos, é complexo atingir uma definição consensual do conceito de Qualidade em Saúde. Porém, se delinear as principais dimensões englobadas ou as suas componentes principais, talvez, mais facilmente consigamos abordar as suas áreas de intervenção e encontrar uma matriz coerente entre elas.

Segundo Campos *et al.* (2010) o conceito de Qualidade em Saúde engloba dez dimensões fundamentais: efectividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente continuidade e respeito. As dimensões apresentadas, vão de encontro às sugeridas pelo IoM em 2001, embora acrescentando o acesso e adequação. Também a OMS sustenta as dimensões apresentadas pelo IoM.

Um sistema de saúde que atinja ganhos ao nível destas dimensões, estará com certeza a servir melhor os seus utentes e satisfazer as suas necessidades enquanto utilizadores dos cuidados de saúde proporcionados à população.

O conceito de satisfação do utente é directamente influenciado pelo serviço prestado que é percebido pelo utente, assim como as expectativas que levaria consigo até ao momento da prestação do serviço. Partindo do pressuposto que o utente é o principal beneficiário de uma prestação de cuidados de qualidade, definir o conceito de satisfação do utente, terá de assumir como ponto de partida o utente como um consumidor (Bakan *et al.*, 2014).

Segundo Donabedian (1980), o conhecimento acerca da satisfação do consumidor é de extrema importância enquanto medida da qualidade de cuidados, uma vez que fornece informação ao prestador de cuidados acerca das expectativas do utente, sendo este o seu principal avaliador. Por outro lado, conseguir efectuar uma correcta medição da satisfação dos cuidados de saúde prestados, assume-se como uma ferramenta essencial de auxílio à gestão e planeamento estratégico da organização prestadora dos cuidados de saúde.

Os autores Fan *et al.* (2005) citados por Bakan *et al.* (2014) referem ainda que níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde pelos utentes, se assumem também como um suporte fundamental para a clinica propriamente dita, para a hipóteses de sucesso dos tratamentos bem como para a adesão tanto aos tratamentos como à terapêutica.

Os cuidados de saúde prestados à população, pretendem satisfazer as suas necessidades, pelo que importa conhecê-las para ir ao seu encontro. Embora o nível de qualidade de serviço possa ser baixo ou alto, a questão continua a ser como o nível de qualidade de serviço é percebido pelos utentes (Bakan *et al.* 2014).

Assim, a obtenção de qualidade nos cuidados de saúde prestados à população deve ser um objectivo a englobar no ambiente da gestão hospitalar. Os cuidados deverão ser prestados da melhor forma possível, tendo em conta todas as dimensões relatadas anteriormente. Preferencialmente visando a eficiência e eficácia dos mesmos, por forma a atingir os melhores resultados possíveis e os desejados.

2.4 A Qualidade em Saúde em Portugal

No que diz respeito à Qualidade em Saúde verificada em Portugal, segundo o PNS 2011-2016, a sua avaliação e evolução tem sido pouco estudada. Este documento refere não existir (ou, a existir, de forma escassa) uma avaliação do impacto das grandes reformas já levadas a cabo, principalmente ao nível da transformação dos hospitais em EPE, a reforma das urgências, a criação de centros hospitalares, entre outros (Campos *et al.*, 2010).

Grandes reformas têm sido implementadas no SNS e genericamente os resultados têm sido positivos. Porém, segundo o PNS (2010) citando um estudo de Villaverde Cabral (2009), verifica-se que 95% dos portugueses sente que são necessárias mudanças no SNS e que destes, 67% defende que as mudanças deverão ser estruturais ou mesmo radicais. Este estudo conclui ainda que, relativamente aos cuidados prestados pelos hospitais, apenas 44% da população está satisfeito ou muito satisfeito com as consultas externas, 40 % com o internamento e 45% com as urgências. Cerca de 24% da população defende que a melhoria dos cuidados de saúde deveria ser uma aposta para o SNS (Campos *et al.*, 2010).

Para a OMS a uma prestação de cuidados de saúde à população de qualidade, é um direito que assiste aos cidadãos. Estes, por seu lado, esperam que os governantes assegurem a qualidade dos cuidados e que, conseqüente, a Saúde ocupe um lugar de destaque dos assuntos parlamentares do país e da Europa. (França, 2008)

A maior parte das iniciativas levadas a cabo no âmbito dos cuidados de saúde, demonstraram fragilidades ao nível da capacidade do serviço, equidade, eficiência, e na

continuidade dos cuidados, embora a informação existente acerca da eficiência dos programas e da metodologia aplicada, no âmbito da qualidade em saúde seja escassa. O que parece estar directamente relacionado com a dificuldade na mensuração dos resultados obtidos e com a complexidade observada nas organizações de Saúde (França, 2008).

Ainda segundo França (2008), têm-se verificado resoluções fragmentadas e a sua descoordenação terá sido uma das principais razões para que a qualidade em saúde não esteja ainda mais fortemente enraizada na cultura dos cuidados de saúde em Portugal. Com o propósito de resolver estas questões e de tentar colmatar as falhas detectadas, foi criado em Portugal, em 1999 o Instituto da Qualidade em Saúde, no sentido de acompanhar e monitorizar os avanços dos sistemas de qualidade no país.

2.5 Modelos de qualidade de serviço

A qualidade de serviço percebida pelos utentes, assume-se como o principal indicador da qualidade dos cuidados prestados (Cronin e Taylor, 1992).

Para Martinez Fuentes (1999) citado por Bakan *et al.* 2014 apud a qualidade percebida nos cuidados de saúde poderá ser definida como um conceito multidimensional que reflecte se o serviço prestado a um utente, foi considerado o mais apropriado com vista a produzir os melhores resultados possíveis para esse utente, e se esses serviços foram prestados tendo tido por base a relação médico/utente eficiente. Para Zeithaml e Berry (1990) a qualidade de serviço percebida assume-se como sendo a discrepância entre as expectativas e os desejos do utente e as suas percepções.

De acordo com Groönroos (1984), a qualidade total percebida depende de duas variáveis: o que o consumidor espera do serviço e a forma como este serviço é prestado nas suas dimensões técnicas e funcionais.

Vários são os modelos de qualidade de serviço que têm vindo a ser apresentados de há já alguns anos a esta parte. De uma forma geral, todos eles utilizados em investigações por forma a verificar a sua robustez e sua aplicabilidade prática tem sido amplamente estudada.

A primeira tentativa de definição de um modelo de qualidade de serviço, foi levada a cabo por Grönroos (1984), seguido por autores que tentaram também eles levar a cabo um

modelo de qualidade e a sua conceptualização: Parasuraman *et al.* (1985), Cronin and Taylor (1992) e Brady and Cronin (2001).

Mais modelos poderiam ser apresentados (modelo 4Q de Gummesson- 1987, Modelo de Grönroos- Gummesson, 1987), no entanto, consideramos os apresentados os mais relevantes para a investigação.

De seguida, apresentar-se-á uma breve descrição dos fundamentos nos quais assentam cada um dos modelos de qualidade percebida mais importantes das últimas três décadas, escolhidos para a presente fundamentação teórica.

2.5.1 Modelo da qualidade total percebida por Grönroos (1984)

No modelo de qualidade desenvolvido por Grönroos (1984), o autor propõe-se desenhar um modelo de qualidade de serviço baseado numa amostra de executivos, na qual se demonstra qual a forma como os consumidores percebem a qualidade dos serviços. Neste estudo, Grönroos (1984) propõe que a qualidade de serviço percebida pelo cliente se divida em duas dimensões: a dimensão da qualidade técnica (resultado do serviço prestado), e a dimensão da qualidade funcional (relacionada com a percepção subjectiva da forma como o serviço é prestado).

Para a maior parte dos serviços, podem identificar-se quatro características básicas: eles são mais ou menos intangíveis; produzem actividades ou series de actividades em vez de objectos; em algumas actividades, o resultado da produção é consumido simultaneamente, e ainda em algumas outras organizações, o consumidor/cliente é parte integrante do processo.

Ainda segundo Grönroos (1984), exactamente pela intangibilidade e subjectividade dos serviços, a qualidade de serviço deverá ser definida segundo a percepção do cliente. A qualidade de serviço percebida traduz-se pela comparação realizada pelo cliente entre a qualidade de serviço que esperava e aquela que experienciou efectivamente. A qualidade esperada é directamente influenciada por factores como o Marketing é feito (campanhas publicitárias, promoções de vendas, etc.), a imagem que é transmitida pela organização/empresa, o “boca a boca” e as necessidades evidenciadas pelos clientes, tal como se demonstra na figura 1.

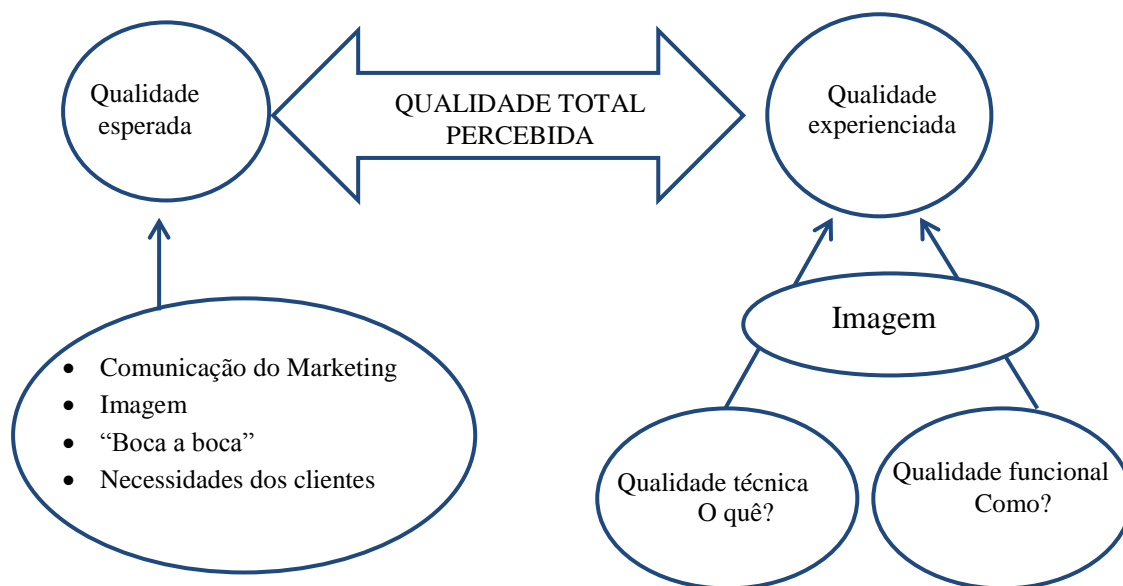


Figura 1- Modelo de qualidade total segundo Grönroos, Fonte: Grönroos (1990)

Assim, pressupõe-se que a qualidade total percebida seja o diferencial existente entre a qualidade esperada e a experienciada. Sempre que o diferencial seja nulo, obter-se-á a qualidade.

Garcia e Caro (2010) referem que Rust and Oliver (1994) adicionaram ao modelo de Grönroos uma terceira dimensão relacionada com o ambiente do serviço.

2.5.2 Modelo de Gaps de Parasuraman *et al.* (1985, 1988, 1991) e o instrumento SERVQUAL

Parasuraman *et al.* (1985; 1988; 1991) propõem um modelo da qualidade dos serviços denominado por modelo do Gap, no qual o propósito é analisar as causas que geram lacunas de eficiência do serviço.

Para Grapentine (1999), este foi, sem dúvida, um modelo que teve e continua a ter um impacto significativo na investigação em marketing e na indústria..

Para levar a cabo o delineamento deste estudo, Parasuraman *et al.* (1988) tiveram como base o modelo de satisfação de Oliver (1980) e afirmam que pode ser aplicado nos diversos tipos de sectores e serviços, bem como nos serviços de saúde. Os autores admitem que a diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido é o resultado da influência de

quatro Gaps, produzidos pelo funcionamento interno da empresa devido a uma falha da consciência das necessidades ou das expectativas do consumidor (Figura 1).

Através de diversas investigações, Parasuraman *et al.* (1988) comprovaram o alto nível de validade e aplicabilidade do modelo apresentado.

| DETERMINANTES DE QUALIDADE DE SERVIÇO | |
|---|---|
| Fiabilidade | Capacidade para realizar o serviço prometido de forma precisa e cuidadosa e no tempo esperado; |
| Capacidade de resposta | Relacionado com a prontidão e disponibilidade para ajudar os utentes; |
| Competência/Profissionalismo | Relacionado com o saber e a competência para realizar o serviço esperado ao utente; |
| Acessibilidade | Relacionado com a facilidade de contacto e de chegar ao serviço; |
| Cortesia | Relacionado com a amabilidade, atenção individualizada, respeito e consideração demonstrado no contacto com o utente; |
| Comunicação | Directamente relacionado com a habilidade para escutar os clientes e prestar esclarecimentos de forma clara e objectiva; |
| Credibilidade | Diz respeito à honestidade, veracidade e exactidão com que o serviço é prestado; |
| Segurança | Relacionado com a capacidade de transmitir firmeza na prestação dos cuidados, ausência de riscos ou erros aos utentes |
| Compreensão das necessidades dos utentes | Diz respeito à capacidade de demonstrar interesse pelas reais necessidades dos utentes, bem como de conhecer as suas crenças e valores; |
| Elementos tangíveis | Diz respeito à aparência das instalações físicas, equipamentos e ferramentas de trabalho e apresentação dos profissionais. |

Tabela 1- Dimensões da qualidade de serviço, adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

No estudo apresentado por Parasuraman, *et al.* (1985), os autores desenvolveram um modelo que representava a qualidade de serviço percebida pelos consumidores, leia-se utentes, no qual apresentavam 10 categorias determinantes, na qual os utentes têm em consideração na hora de avaliar a qualidade de serviço que lhes é prestada (figura 2). De facto, os autores concluíram que todos os consumidores que fizeram parte do estudo supracitado, usavam consistentemente os mesmos critérios para avaliar a qualidade de serviço, que posteriormente foram agrupados nas categorias apresentadas. Na tabela 1, apresentam-se as categorias denominadas como determinantes da qualidade de serviço seguidas do seu significado.

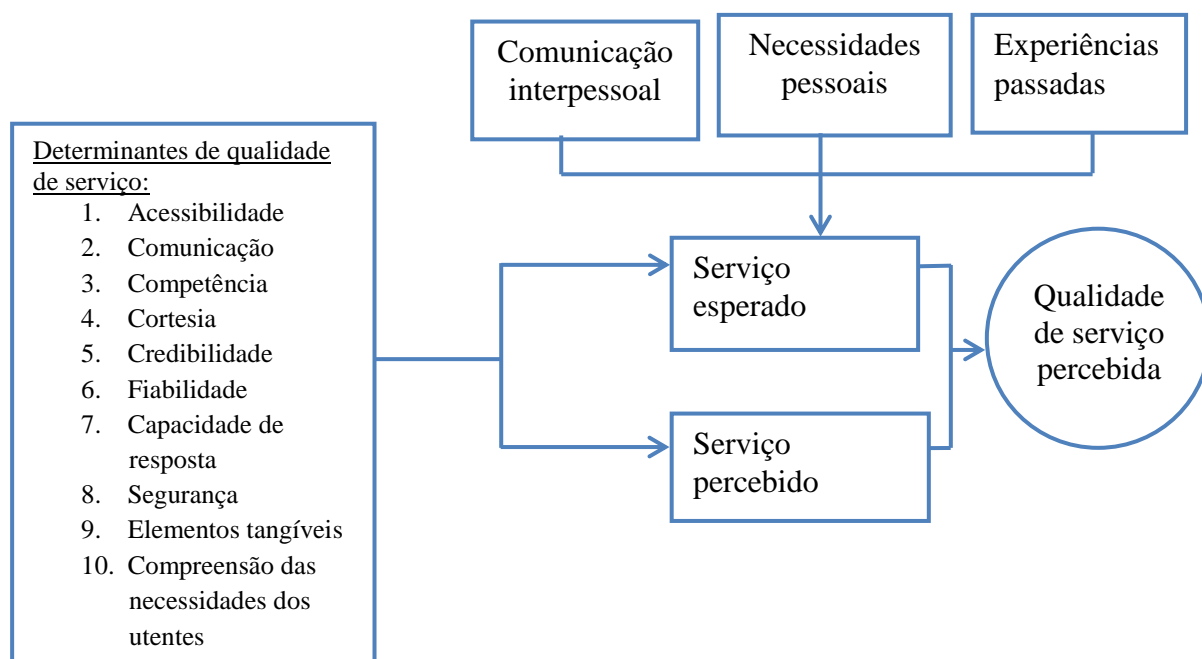


Figura 2- Determinantes de qualidade de serviço percebida, adaptado de Parasuraman *et al.* (1985)

O Modelo de Gaps por si só, não fornece uma ferramenta para a medição da qualidade do serviço prestado. Neste sentido, Parasuraman *et al.* (1988) desenvolveram e expõem o modelo SERVQUAL. Neste estudo, os autores concluem ainda que independentemente do serviço prestado, os clientes utilizam os mesmos critérios para avaliar a qualidade do serviço prestado. Esses critérios foram agrupados em 10 categorias, que configuram as dimensões da qualidade (confiança, resposta, competência, acessibilidade, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreensão e tangibilidade). Globalmente, estas dimensões revelam quais os factores mais importantes na prestação do serviço que podem originar a discrepância entre as expectativas e desempenho.

Dos estudos quantitativos realizados e das correlações entre eles, Parasuraman *et al.* (1988), detectaram uma importante inter-relação entre os critérios referidos, tendo também demonstrado que os estudos demonstravam a importância de 5 critérios generalistas. Neste sentido, podem descrever-se os 5 critérios resultantes: Tangibilidade, Fiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança (que agrupa as anteriores dimensões profissionalismo, cortesia, credibilidade e segurança) e Empatia. Segundo Rust e Oliver (1994) suportado por Berry e Parasuraman (1991).

De acordo com o modelo apresentado por Parasuraman *et al.* (1988), as correspondências entre as dimensões e os vinte e dois itens são efetuadas de acordo com o apresentado na tabela 2.

| Dimensões | Itens correspondentes do questionário |
|-------------------------------|---|
| Aspectos tangíveis | 1. Os equipamentos têm aparência moderna 2. As instalações físicas são visualmente atractivas 3. Os funcionários têm uma aparência agradável 4. Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, posters, avisos, ...) são visualmente atractivos |
| Fiabilidade | 5. Quando prometem fazer algo em tempo certo, fazem-no. 6. Quando você tem um problema, mostram genuíno interesse em resolvê-lo 7. Os profissionais realizam bem o serviço à primeira vez 8. Os profissionais concluem o serviço no tempo prometido 9. Os profissionais insistem em manter registos isentos de erros |
| Capacidade de resposta | 10. Os funcionários informam com precisão os utentes quando se concluirá cada serviço 11. Os funcionários servem-no com rapidez 12. Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar 13. Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas |
| Segurança | 14. O comportamento dos funcionários transmite confiança 15. Sente-se seguro nas interacções com os profissionais 16. Os funcionários são sempre amáveis consigo 17. Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes fez |
| Empatia | 18. Os funcionários dão-lhe uma atenção individualizada 19. Os profissionais têm horários de trabalho conveniente para todos os seus clientes 20. Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada 21. No hospital preocupam-se com os seus melhores interesses 22. Os funcionários compreendem as suas necessidades |

Tabela 2-Dimensões utilizadas no modelo SERVQUAL e a sua correspondência com os 22 itens do questionário aplicado no presente estudo

Num estudo levado a cabo por Kara *et al.* (2005) comprovou-se que, invariavelmente os elementos intangíveis associados à qualidade de serviço, são considerados mais importantes que os tangíveis. Assim, os elementos intangíveis tinham um papel estatisticamente mais representativo quando comparados com os elementos tangíveis, num estudo que pretendia averiguar quais os factores que de os consumidores teriam em conta aquando da avaliação da qualidade de serviço em serviços de saúde públicos.

CONSUMIDOR

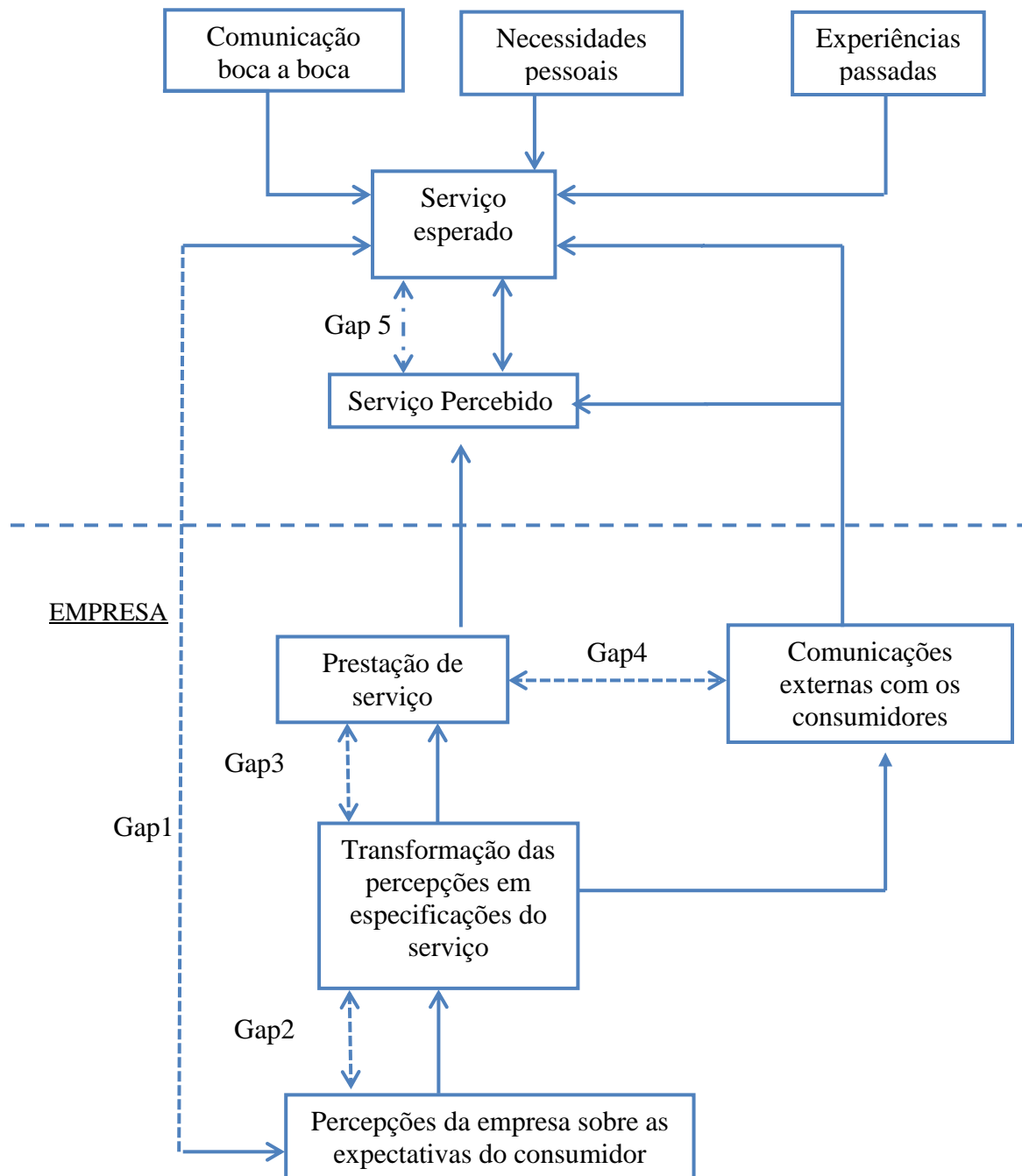


Figura 3 - Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), Modelo dos Gaps da qualidade de serviço

A figura, que resume o modelo apresentado por Parasuraman, *et al.* (1985), evidencia uma parte superior referente ao consumidor e a parte inferior que diz respeito a fenómenos relacionados com a empresa prestadora do serviço.

Nela poderão ser identificadas cinco lacunas ou discrepâncias (Gaps), relacionadas com a qualidade de serviço prestado. Neste modelo, a qualidade de serviço percebida é o diferencial existente entre a qualidade de serviço esperada pelos utentes (serviço esperado), e as suas percepções reais (serviço percebido), denominado de Gap 5. Genericamente, os Gaps identificados em termos de qualidade de serviço, poderão definir-se como (Grapentine, 1999):

Gap 1 - diferença entre a expectativa do utente e a percepção da organização. Nem sempre as equipas de compreendem as necessidades dos seus utentes.

Gap 2 - a diferença entre a percepção da empresa e as especificações da qualidade do serviço. Geralmente acontece quando não existem normas que regulem o serviço.

Gap 3 - a discrepância entre as especificações da qualidade do serviço e a sua execução. Poderá ser justificado com o deficiente número de meios ou de pessoal.

Gap 4 - a discrepância entre a prestação do serviço e as comunicações externas; Quando as expectativas dos utentes são influenciadas pelas comunicações efectuadas e o serviço prestado não corresponde à comunicação;

Gap 5 - a diferença entre o serviço percebido e o serviço esperado. A qualidade dos serviços é percebida pelos consumidores como uma função do tamanho e direcção do Gap 5 que diz respeito a falhas da empresa prestadora do serviço. Para que este seja extinto é necessário extinguir os restantes (Parasuraman *et al.*, 1985). Desta forma, se a diferença for negativa (percepções <expectativas) a qualidade de serviço é negativa. Por outro lado, se a diferença for positiva (percepções > expectativas) a qualidade de serviço é positiva. Se a diferença for nula (percepções = expectativas) a qualidade de serviço corresponde ao que o cliente esperava, designando-se como satisfatória. Assim: $GAP\ 5 = f(GAP1, GAP2, GAP3, GAP4)$.

Mais ainda, para Parasuraman *et al.* (1988), o SERVQUAL revela-se um instrumento de elevado nível de fiabilidade e validade, a que as organizações poderão recorrer para conhecer as expectativas e as percepções que os utentes têm do seu serviço.

A aplicabilidade do instrumento SERVQUAL aos serviços de saúde é estudada e assegurada por Headley e Miller (1993), salvaguardando situações específicas que mereçam especial atenção por parte de futuros investigadores.

Embora o modelo SERVQUAL tenha sido o mais largamente utilizado e disseminado em imensas investigações académicas, não passou impune a críticas tendo sido amplamente. Segundo os autores referidos, o modelo SERVQUAL apresenta limitações no que diz respeito ao desenvolvimento de modelos alternativos para medir as percepções dos consumidores em termos de qualidade de serviço.

Slack *et al.* (1997) apresentam três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes, sendo elas:

Expectativas < Percepções: a qualidade percebida é boa;

Expectativas = Percepções: a qualidade percebida é aceitável;

Expectativas > Percepções: a qualidade percebida é pobre.

2.5.3 Modelo de Cronin and Taylor (1992)

Cronin e Taylor (1992), estudaram a conceptualização e a medida da qualidade de serviço e as relações que se estabelecem entre qualidade de serviço, satisfação do consumidor e as intenções de compra. Segundo estes autores, os modelos apresentados até à data confundiam satisfação e atitude.

Por esta razão, os autores testaram neste estudo, um método alternativo de operacionalização da qualidade percebida pelo consumidor e as correlações entre qualidade de serviço, satisfação do consumidor e a intenção de compra.

Para operacionalizar a medição de performance ou desempenho da qualidade de serviço, desenvolveram um instrumento designado de SERVPREF. Nesta escala, a qualidade de serviço é definida apenas pela percepção do cliente acerca do desempenho do serviço. Dela não fazem parte as expectativas que os clientes levavam à partida, na altura de avaliar a qualidade do serviço prestada. Assemelhando-se à escala SERVQUAL, o modelo SERVPREF engloba os mesmos itens, embora diga apenas respeito à qualidade de serviço na perspectiva da percepção do cliente.

2.5.4 Modelo de Brady e Cronin's (2001)

O modelo de Brady e Cronin de 2001 é a mais recente contribuição para a problemática da qualidade de serviço vista pela perspectiva dos consumidores. Desenvolveram um modelo multidimensional e hierárquico que, segundo Garcia e Caro (2010), colmataram as falhas verificadas nos modelos apresentados até então.

Conforme dito atrás, Bradin e Cronin (2001) sugerem um modelo hierárquico e multidimensional, combinando quatro modelos: SERVQUAL; SERVPERF; Grönroos e o modelo multidimensional de Dabhokar *et al.*, (1996). De referir, que este último não é abordado na presente investigação, uma vez que se destina a avaliar a qualidade de serviço no sector do retalho.

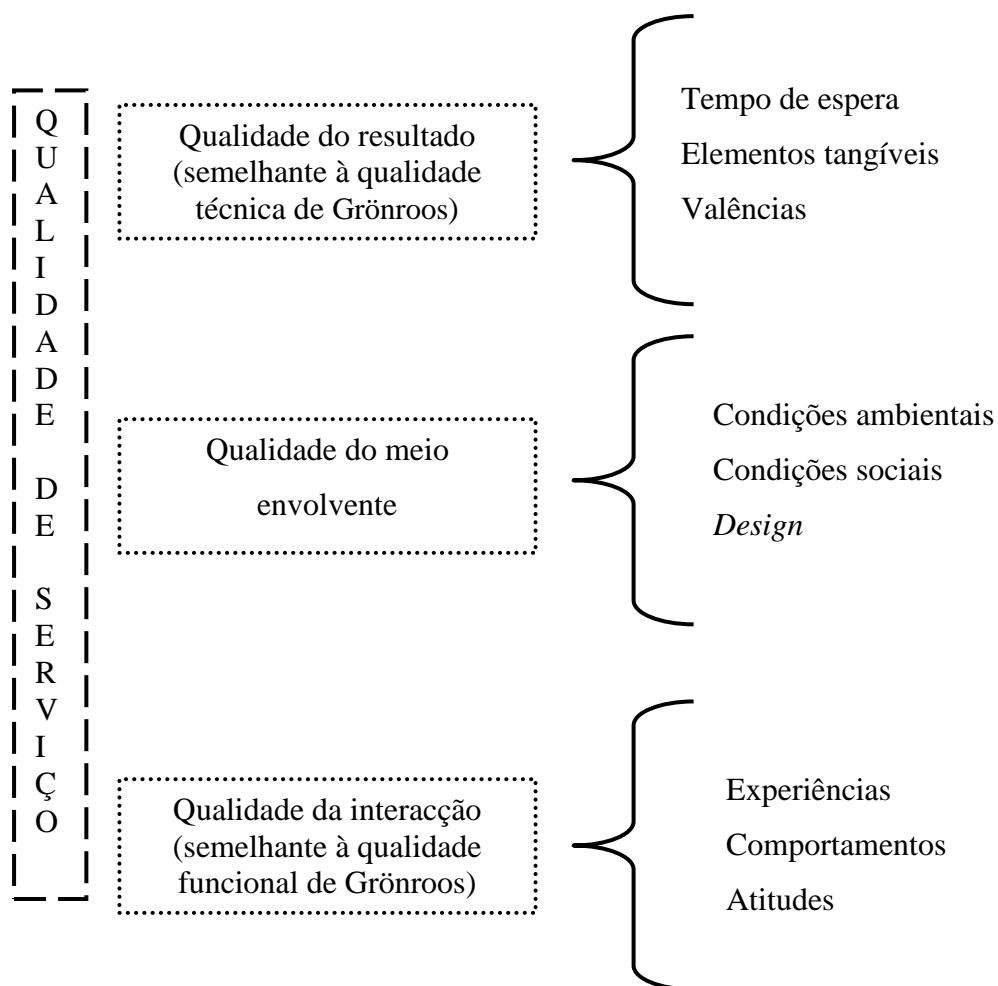


Figura 4 - Figura: Adaptado de Brady e Cronin (2001), Modelo de qualidade de serviço segundo Brady e Cronin (2001)

Conforme apresentado na figura 4, Brady e Cronin (2001) referem a existência de um modelo explicado pela qualidade da interação, a qualidade do meio físico envolvente e a

qualidade do resultado obtido. Cada uma destas dimensões, engloba três subdimensões correspondentes: atitudes, comportamentos, experiências (Qualidade da interacção), desenho, factores sociais, condições ambientais (Qualidade do meio envolvente), valência do serviço, elementos tangíveis e tempo de espera (Qualidade do resultado).

A primeira dimensão está relacionada com a interacção estabelecida entre consumidor e prestador de serviços e engloba três factores distintos que determinam a percepção do consumidor em termos de qualidade: atitudes dos empregados (disponibilidade em ajudar), comportamentos (determinação dos empregados em satisfazer as necessidades dos clientes) e expertise (relacionado com os conhecimentos dos empregados sobre o serviço que prestam) (Garcia e Caro, 2010).

No que diz respeito à segunda dimensão relacionada com a qualidade do meio envolvente, se um serviço for considerado intangível e o cliente fizer parte do processo, parte-se do pressuposto de que o ambiente envolvente poderá ter uma influência significativa nas suas percepções acerca do serviço que lhe é prestado. É influenciado pelas sub-dimensões: *design* do ambiente envolvente (arquitectura), Condições sociais (relacionado com o numero e tipo de pessoas presentes bem como os seus comportamentos) e condições ambientais (aspectos não visuais- temperatura, musica, etc) (Garcia e Caro, 2010).

A terceira dimensão relacionada com a Qualidade do resultado (assente na qualidade técnica do modelo de Grönroos (1984)), apresenta como sub-dimensões o tempo de espera, os elementos tangíveis (elementos físicos, qualidade do serviço em si, acessibilidades, ofertas) e as valências (atributos que demonstram que os consumidores consideram o serviço bom ou mau, independentemente de uma outra sua avaliação do serviço a qualquer outro momento da experiência) (Garcia e Caro, 2010).

Os autores consideram que este modelo inova em três elementos essenciais:

1. No que define as percepções da qualidade de serviço;
2. Em como as percepções da qualidade de serviço são formadas;
3. Qual a importância atribuída à localização da realização do serviço.

Para Garcia e Caro, (2010) este modelo supera os restantes apresentados, no que diz respeito à mensuração da qualidade de serviço percebida.

3. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM ESTUDO

O serviço de internamento no qual foi elaborado o presente estudo, insere-se num Hospital Central da Região de Lisboa.

Na missão deste hospital estão consagradas funções de prestação de cuidados de saúde diferenciados à população com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos doentes e profissionais. Os valores assentam nos princípios éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social, na excelência dos serviços prestados à Comunidade e nas competências científicas e técnicas.

Mais especificamente o serviço sobre o qual o presente trabalho vai incidir, tem um número total de 53 camas, 39 enfermeiros, 24 assistentes operacionais, 29 médicos e 2 administrativas. Diariamente trabalham ainda 3 pessoas corresponde ao pessoal de limpeza.

O serviço em estudo, divide-se em três sectores: Enfermaria Homens, Enfermaria Mulheres e Unidade de Cuidados Intermédios, designado por Serviço de Observação (SO). O sector Homens conta com 19 camas e um número fixo de 3 Enfermeiros e dois assistentes operacionais, no período da manhã. O sector Mulheres conta com 3 a 4 elementos da equipa de Enfermagem e dois assistentes operacionais para um total de 26 camas para o período da manhã. No período da tarde e noite, ambos os sectores contam com 2 enfermeiros e 1 assistente operacional, por sector.

O SO conta diariamente com um médico intensivista, 4 enfermeiros e 2 assistentes operacionais na manhã e com 3 enfermeiros e um assistente operacional nos períodos da tarde e da noite. O pessoal médico encontra-se dividido por quatro equipas, o pessoal de enfermagem por 6 e os assistentes operacionais encontram-se divididos por 5 equipas.

Todos os médicos se encontram no serviço diariamente até cerca das 15h. Após este horário fica escalado um médico de urgência interna para todos os doentes internados.

Os doentes que são internados neste serviço provêm ou do Serviço de Urgência Central (intervencionados cirurgicamente ou não) ou então são internados para cirurgias electivas mediante a sua patologia. O serviço comporta a especialidade Cirurgia Geral e a maioria das cirurgias realizadas são grandes cirurgias abdominais, essencialmente do trato digestivo.

Em termos estatísticos, e segundo o Instituto nacional de Estatística, INE, (2014) observa-se um decréscimo no número de camas disponível para internamento. Segundo dados estatísticos, no ano de 2012 existiam um total de 35 544 camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, das quais 72% do número total de camas pertenciam a hospitais oficiais e as restantes 28% a hospitais privados. Entre os anos 2002 a 2012 verifica-se uma diminuição do número de camas disponíveis para internamento nos hospitais oficiais e um aumento do número de camas disponíveis para internamento nos hospitais privados.

No ano de cerca de 90% das camas de internamento dos hospitais oficiais eram camas de enfermaria, 2012 quase 90% das camas de internamento dos hospitais oficiais eram camas de enfermaria, isto é, 3 ou mais camas no mesmo quarto. Num total de 1.2 milhões internamentos no ano de 2012, 80,5% destes, ocorreram em hospitais oficiais, verificando-se um ligeiro decréscimo no número de dias de internamento. Cerca de 95% dos internamentos ocorridos nos hospitais oficiais, ocorreram em enfermarias com especial incidência nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia (INE, 2014).

4. METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo, pretende-se apresentar qual o processo de delineamento do problema em estudo, a amostra seleccionada e as razões da sua escolha, bem como os critérios de inclusão e exclusão na amostra. Seguidamente apresenta-se outro subcapítulo onde é exposto o método e instrumento de recolha de dados usados nesta investigação.

4.1 Objectivos

De forma a conseguir compreender o nível de satisfação dos utentes com o serviço em questão, foram assim formuladas duas questões fundamentais: “qual o nível de qualidade atribuído ao serviço de internamento em estudo, pelos doentes internados” e “Quais os critérios que os utentes têm em conta na altura de avaliar a qualidade de serviço, prestada pelo hospital?”. A partir destas duas questões centrais do problema, delineou-se o objectivo geral da investigação, seguindo-se os objectivos específicos.

Assim, o objectivo geral desta investigação consiste em avaliar a qualidade de serviço percebida pelos utentes de um serviço de internamento, bem como os principais critérios que têm em conta aquando da avaliação da qualidade de serviço prestada pelo hospital.

Como objectivos específicos pretendeu-se:

- 1) Efectuar uma revisão de literatura adequada à problemática em estudo, de acordo com uma bibliografia adequada abordando os temas principais do estudo;
- 2) Avaliar o nível de qualidade atribuída pelos utentes ao serviço de internamento do hospital público em estudo;
- 3) Identificar quais as dimensões/ características a que os utentes atribuem maior e menor importância;
- 4) Analisar se o nível de qualidade do serviço atribuído ao serviço de internamento em estudo é idêntico consoante o género e o grupo etário dos utentes.

4.2 Universo e amostra

A população alvo deste estudo foram todos os utentes internados no serviço de internamento do Hospital Central da Região de Lisboa, com idade igual ou superior a 18 anos.

Foi recolhida uma amostra por conveniência durante o período de 1 de Julho a 18 de Setembro de 2015. Apenas foram inquiridos utentes capazes de responder de forma coerente responsável, informada ao questionário aplicado.

4.3 Método e instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado na investigação foi o questionário SERVQUAL, de Parasuraman *et al.* (1988), destinado a avaliar a qualidade do serviço de internamento do hospital em estudo. Do questionário estruturado SERVQUAL (Anexo II) fazem parte perguntas claras e objectivas, garantindo assim a uniformidade no entendimento das questões por parte dos entrevistados.

O SERVQUAL, também designado por modelo de Gaps (Parasuraman *et al.*,1988) é um instrumento de escala tipo Lickert, que permite às empresas, neste caso especificamente hospitais, conhecer as expectativas e as percepções dos seus clientes/ utentes sobre um conjunto de atributos de serviço.

Este questionário foi já usado em diversos estudos, pelo que a sua validade e aplicabilidade não foi testada por meio de um pré teste.

Em termos metodológicos foram considerados alguns aspectos de modo a assegurar a ética na investigação:

Previamente à aplicação do questionário os participantes foram informados dos objectivos do estudo e da garantia de confidencialidade dos dados e seu anonimato. Caso concordassem foi solicitado que assinassem o consentimento informado (Anexo I).

No caso específico do questionário aplicado (Anexo II), este estrutura-se em 3 partes principais.

A primeira em que são feitas algumas questões de carácter socio-demográfico, de forma a caracterizar a população respondente (contempla questões relativas ao sexo, idade, nível de

escolaridade, frequência de visita aos serviços de saúde e quais os tipos de serviços utilizados com regularidade).

A segunda, que é constituída por 22 questões de resposta fechada, sob a forma de uma escala tipo Lickert de 1 a 7 (em que se avalia a concordância ou discordância em relação à questão), e que pretende avaliar a Qualidade de Serviço.

Numa terceira parte do questionário, pede aos respondentes que atribuam um nível de importância a cada uma das dimensões avaliadas. O questionário aplicado é anónimo, confidencial e voluntário.

4.4 Técnicas de Análise Estatística dos dados

A análise estatística dos resultados em estudo foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.

A análise estatística dos resultados do estudo incluiu uma análise descritiva das variáveis estudadas.

Com o intuito de avaliar a consistência interna das escalas, foi utilizado o Alpha de Cronbach para as percepções e para as expectativas definidas no modelo SERVQUAL. Tendo por base Hill e Hill (2002) considerou-se que valores de Alpha de Cronbach abaixo de 0,6 é inaceitável, entre 0,6 e 0,7 fraco, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,8 e 0,9 bom e maior do que 0,9 excelente.

Para comparar as componentes obtidas no presente estudo com as do estudo inicial, propusemo-nos fazer uma Análise em Componentes Principais (ACP). Para isso, fomos primeiramente verificar os pressupostos para a ACP, através dos valores do KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o Teste de Especificidade de Barlett.

De forma a transformar o número de variáveis iniciais em um número menor de variáveis hipotéticas, foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP). Esta forma de análise factorial permite reduzir a informação e permite a transformação de um conjunto de variáveis métricas iniciais correlacionadas entre si, em um outro conjunto de variáveis não correlacionadas entre si (designadas de Componentes Principais) e onde está incluída a maior parte da informação contida nas variáveis iniciais, no que diz respeito à variabilidade entre indivíduos. Para verificar a possibilidade de realização desta técnica às variáveis do

presente estudo, procedeu-se ao cálculo do valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), uma vez que os restantes critérios para aplicação da ACP estavam reunidos: Variáveis que podem ser tratadas como quantitativas e dimensão da amostra adequada. Os resultados da análise factorial exploratória indicaram que o KMO apresenta um valor de 0.943 o que é considerado muito boa (Anexo IV). O valor obtido com o teste de Esfericidade de Bartlett ($Sig = 0$ logo < 0.01) permite rejeitar a hipótese nula, ou seja, as variáveis iniciais estão correlacionadas entre si pelo que se pode realizar ACP.

Por forma a testar a discrepância entre as percepções e expectativas dos Gap das dimensões são ou não iguais nos grupos populacionais homens e mulheres foi realizado o teste Mann-Whitney.

Por último, efectuou-se o teste de Kruskal-Wallis com o intuito de verificar se as percepções e expectativas dos Gap das dimensões são ou não iguais nos grupos entre todos os grupos populacionais por grupo etário.

.

5 RESULTADOS

Neste capítulo mostramos os resultados obtidos através da presente investigação. Começamos com a caracterização da amostra conseguida, em seguida fazemos o cálculo do valor de Alpha Cronbach para verificar a consistência interna das dimensões existentes. Continuamos com a análise da discrepância existente entre percepções e expectativas por dimensão, e de seguida a análise da qualidade global do serviço com o cálculo dos Gaps. Seguidamente faz-se uma avaliação da importância atribuída pelos inquiridos a cada característica. Para comparar as componentes obtidas no presente estudo com as do estudo inicial, propusemo-nos fazer uma ACP, ao que se seguiu a análise da discrepância entre percepções e expectativas dos Gaps por género e grupos etários.

5.1 Caracterização da amostra

De acordo com os questionários recolhidos e após realizar a estatística descritiva dos dados obtidos, verifica-se que a amostra obtida, no estudo de 93 indivíduos, é composta por 51% de indivíduos do sexo feminino e 49% de indivíduos do sexo masculino. Como se pode ver no gráfico seguinte:

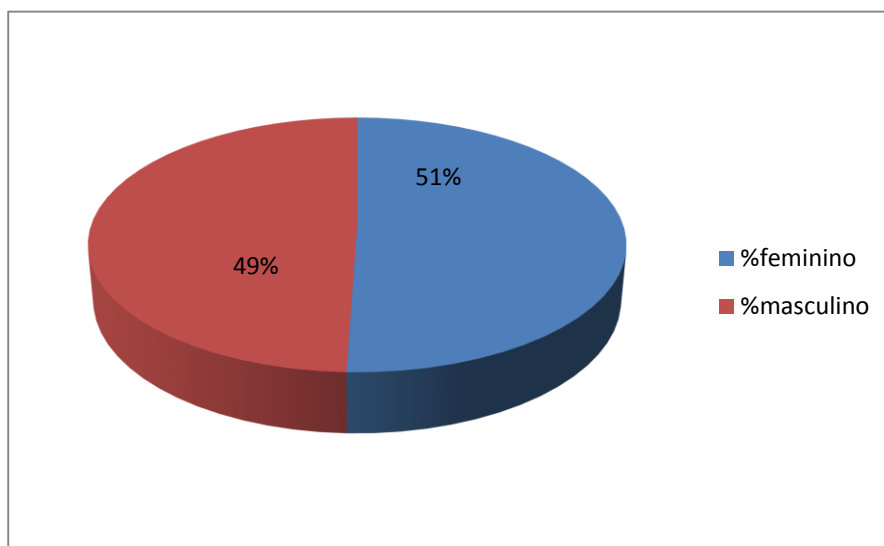


Figura 5- Género dos inquiridos

No que diz respeito à idade dos indivíduos que responderam aos questionários, verificamos que eles se encontram maioritariamente entre os 36 e 55 anos. De facto, os indivíduos que responderam ao questionário e que se encontram nos escalões etários dos 36-45 e dos 46-

55 anos, representam cerca de 52% da amostra (num total de 48 indivíduos neste escalão etário). Conforme podemos verificar no histograma que se segue, verificamos ainda que o escalão etário que mais respondeu em terceiro lugar foi o dos 26-35 anos, seguindo-se o dos 56-65 anos. Com uma percentagem igual de respostas, encontram-se os indivíduos com idades inferiores a 25 anos e com idades superiores a 65 anos.

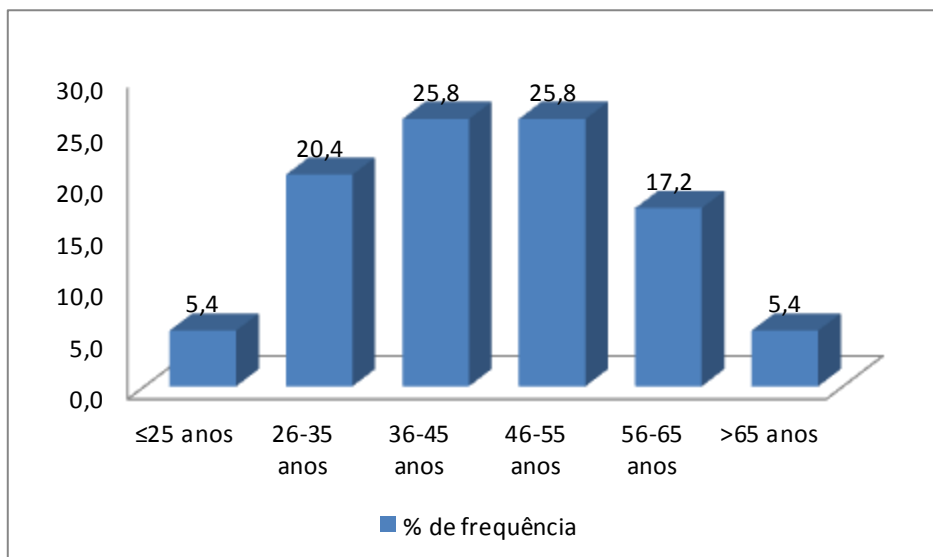


Figura 6-Grupos etários dos inquiridos

No que concerne ao nível de escolaridade dos indivíduos inquiridos, podemos verificar que na sua maioria são pessoas com um nível de estudos superior com cerca de 36% da amostra. De seguida, verificamos que 31% da amostra tem o secundário, 14% tem o 2º ciclo (5º ao 6º ano), 13% o 3º ciclo (7º ao 9º ano) e 6% dos inquiridos refere ter o 1º ciclo de escolaridade (1º ao 4º ano). Todos os inquiridos tinham algum tipo de escolaridade. Os dados referidos encontram a sua representação no seguinte gráfico:

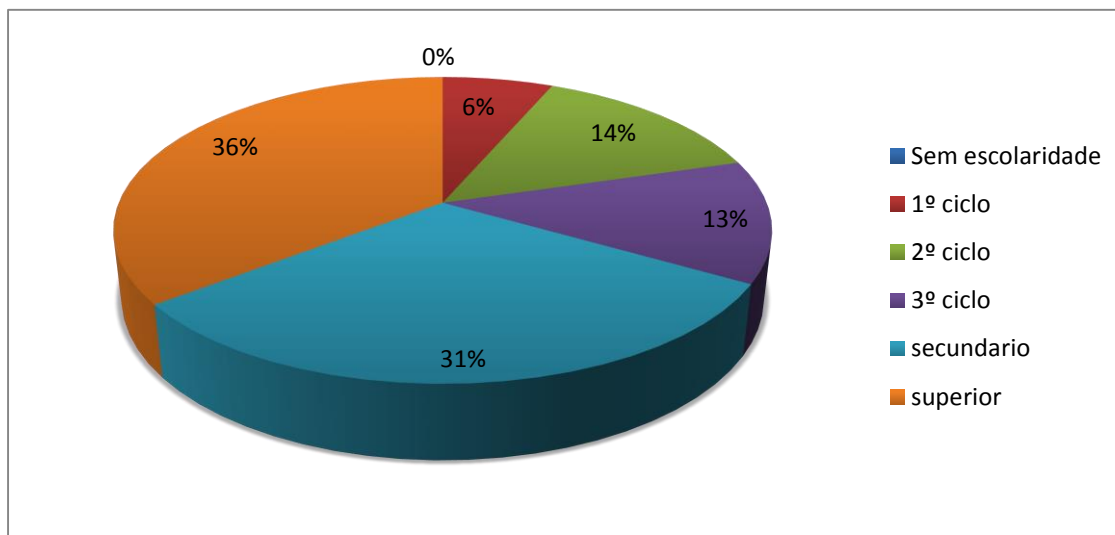


Figura 7-Habilitações literárias dos inquiridos

No que respeita à frequência com que recorrem aos serviços que o hospital fornece, podemos dizer que à maioria dos inquiridos recorrem ao serviço às vezes (cerca de 41%). Seguidamente, aproximadamente 33% dos inquiridos refere recorrer ao serviço “raramente”, aproximadamente 15% refere que recorre “regularmente” ao serviço. Os inquiridos que recorrem “muito frequentemente” aos serviços do hospital, representam cerca de 11% da amostra. O gráfico seguinte, representa os dados obtidos.

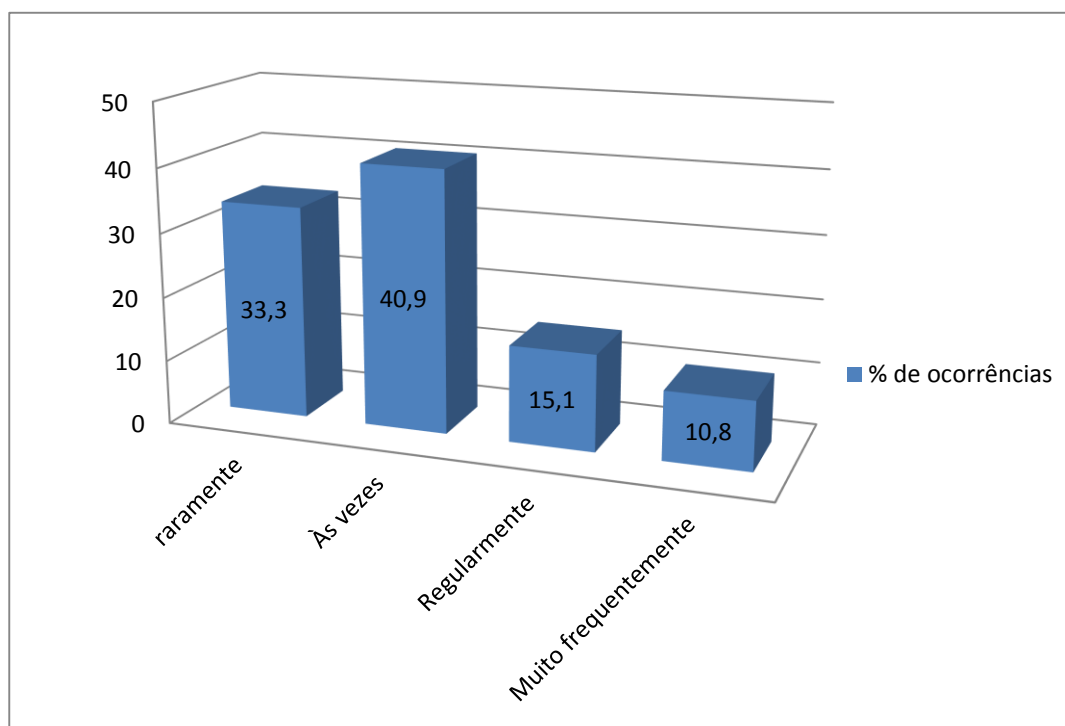


Figura 8-Frequência de visita ao Hospital

5.2 Análise da consistência interna das escalas SERVQUAL

Para Hair (2006), a confiabilidade é o nível de robustez entre uma ou várias variáveis e aquilo que se pretende medir. Tal pode ser verificado através da determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach que avalia a consistência de escalas construídas a partir da média de vários itens.

Para realizar o quadro seguinte, avaliou-se a consistência interna através da análise do Alpha de Cronbach, para cada dimensão em estudo.

| Dimensões | Alpha de Cronbach |
|------------------------|-------------------|
| Elementos Tangíveis | 0.937 |
| Fiabilidade | 0.942 |
| Capacidade de Resposta | 0.906 |
| Segurança | 0.941 |
| Empatia | 0.956 |

Tabela 3- Alpha de Cronbach por dimensão

Segundo Hill e Hill (2002), podemos afirmar que os valores se situam num nível de consistência interna excelente.

5.3 Avaliação por dimensão: percepções vs expectativas

Conforme podemos observar pelo gráfico que se segue (figura 9), as expectativas que os utentes levam para o hospital, são superiores às percepções com que ficaram. De acordo com o gráfico, verificamos que na dimensão que diz respeito aos elementos tangíveis, os utentes trazem maiores expectativas em relação ao item “*funcionários de aparência agradável*” e que em relação às percepções também é dos aspectos que obtêm maior pontuação. Por outro lado, verificamos ainda que é o item que obtém a maior diferença entre expectativas e percepções. Conforme é possível observar na tabela 4, existe um Gap de-0.25 relativamente a esta dimensão.

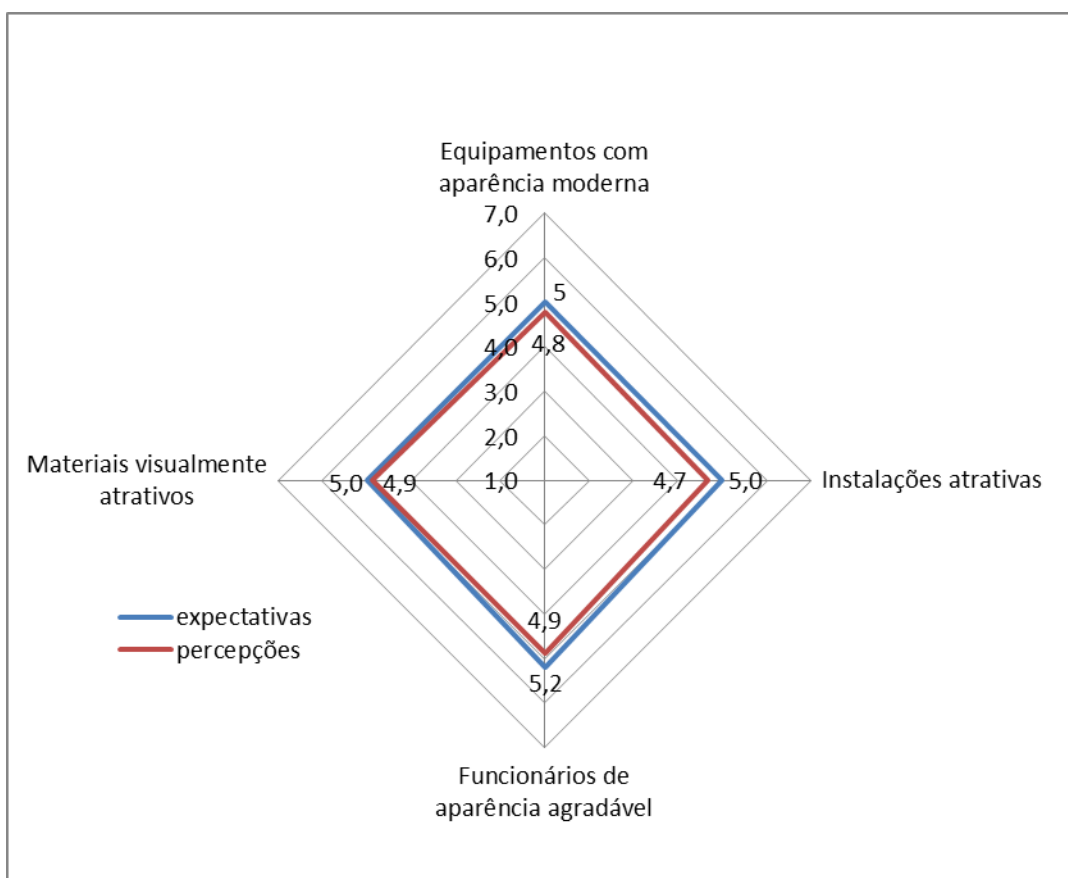


Figura 9 - Dimensão "Aspectos Tangíveis": percepções vs expectativas

No que diz respeito à dimensão “Fiabilidade”, conforme podemos constatar pelo gráfico seguinte (figura 10), verificamos a existência de um diferencial entre percepções e expectativas, maior no item que diz respeito a “concluem o serviço no tempo prometido”. Por outro lado, existe uma diferença menor no que diz respeito ao item “mostram genuíno interesse em resolver o problema”.

De acordo com a tabela 4, existe um GAP de -0.44 entre as percepções e as expectativas relacionadas com esta dimensão. À semelhança de todas as outras dimensões, a média das expectativas é superior à média das percepções, razão pela qual o valor se apresenta como negativo.

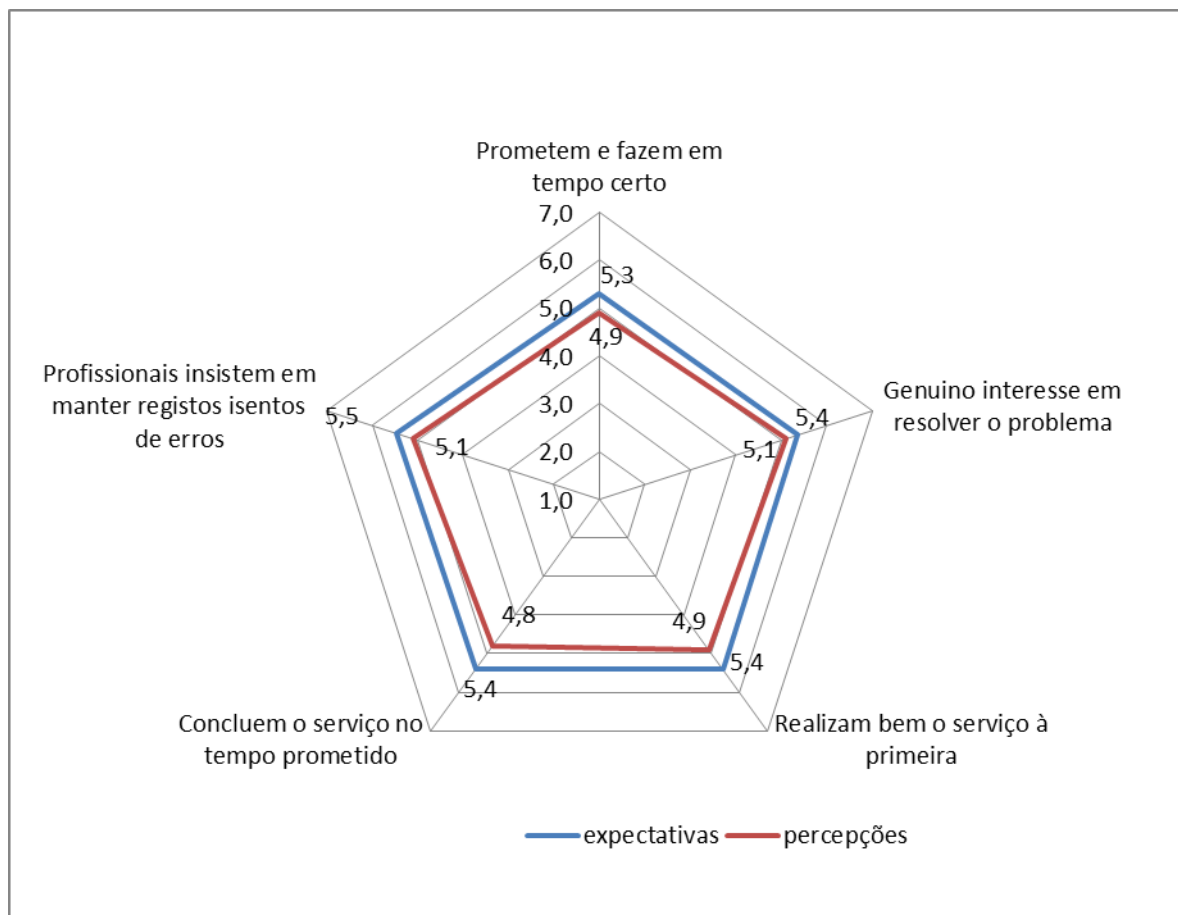


Figura 10-Dimensão "Fiabilidade": percepções vs expectativas

Relativamente à dimensão “Capacidade de resposta”, de acordo com o gráfico seguinte (figura11), podemos constatar que a média das percepções é relativamente menor à das restantes dimensões. Verifica-se também a existência de um maior diferencial entre percepções e expectativas no item “*funcionários informam com precisão quando se concluirá o serviço*”.

De acordo com a tabela 4, existe um GAP de -0.7 entre percepções e expectativas, relativamente a esta dimensão.

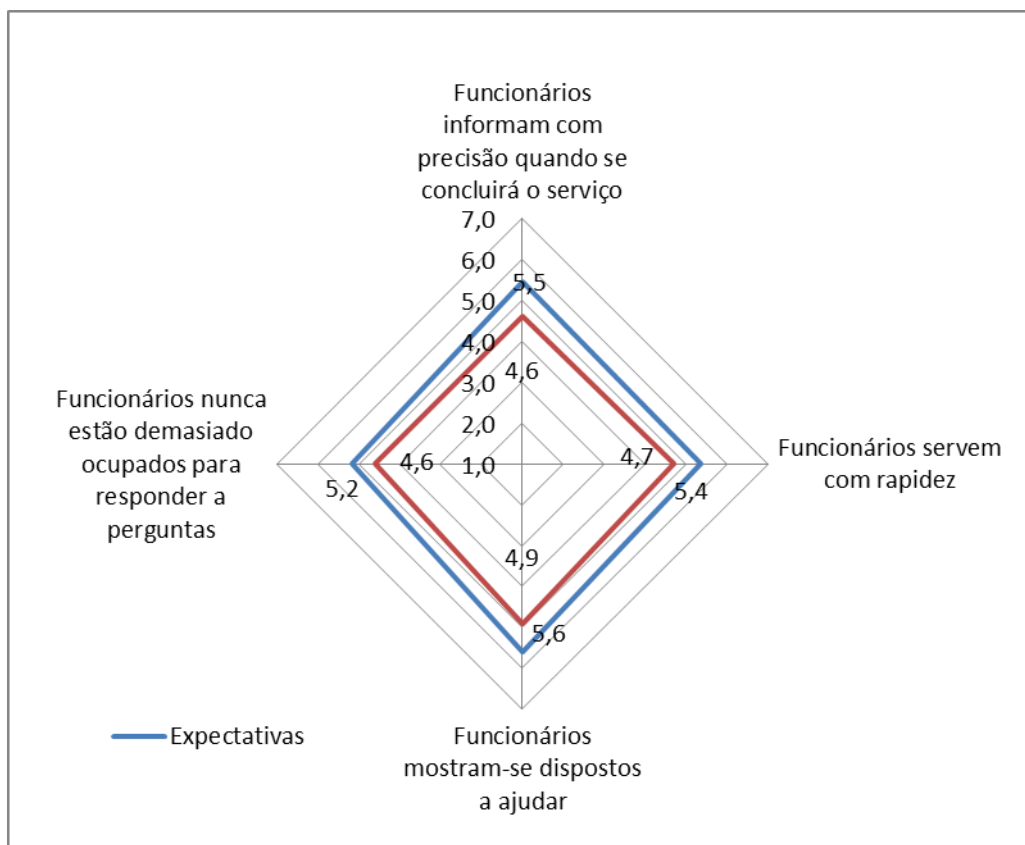


Figura 11-Dimensão "Capacidade de resposta": percepções vs expectativas

Relativamente à dimensão “Segurança”, conforme o gráfico seguinte (figura 12), verificamos a existência de um diferencial maior entre percepções e expectativas no item “funcionários sempre amáveis”. A diferença menor encontra-se no item “funcionários com conhecimentos suficientes para responder a perguntas”. Na sua globalidade, verificamos um Gap de -0.31 relativamente à dimensão “Segurança” (tabela 4).

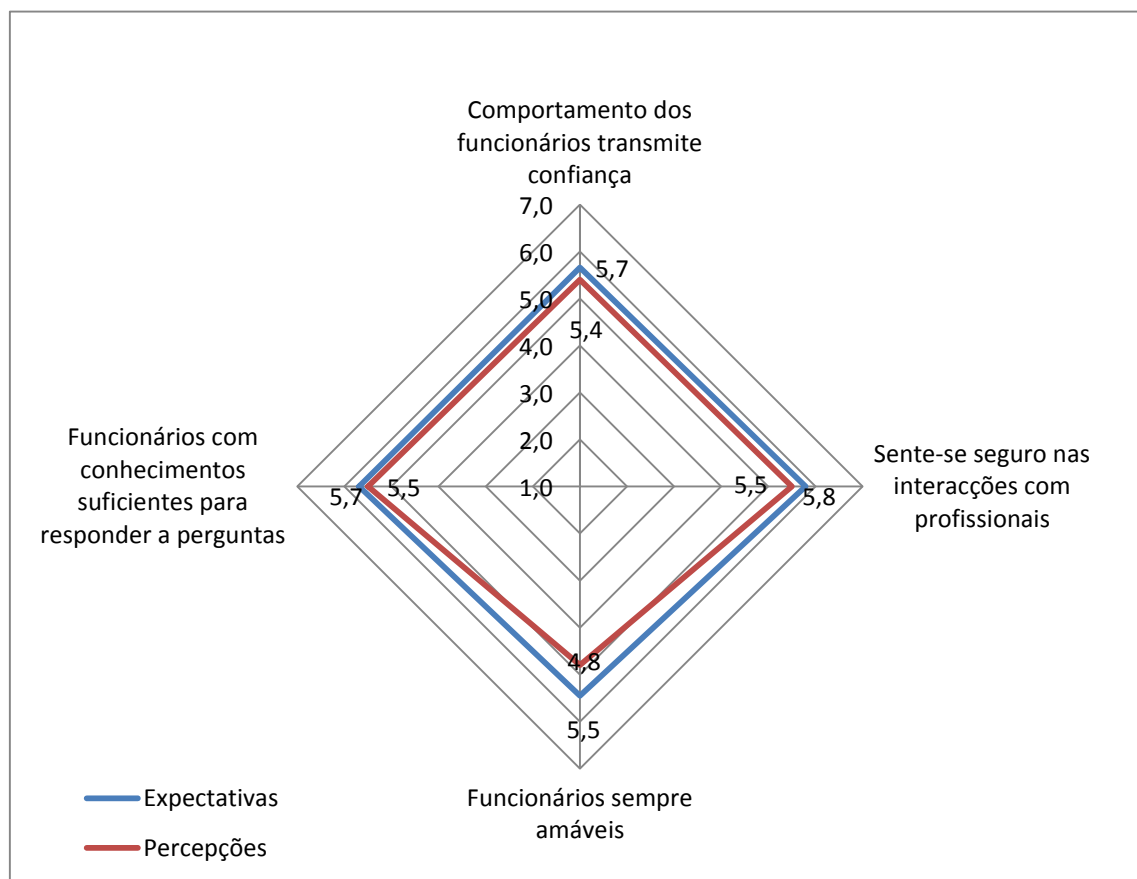


Figura 12-Dimensão "Segurança": percepções vs expectativas

No que diz respeito à dimensão “Empatia”, verificamos que os itens que obtêm maior diferencial entre percepções e expectativas são os que dizem respeito a “funcionários dão atenção individualizada” e “funcionários dão atenção personalizada”. Por outro lado, verificamos uma menor diferença entre percepções e expectativas relativamente ao item “profissionais têm horários de trabalho convenientes”, conforme representado graficamente na figura seguinte (figura 13).

Para esta dimensão, obtivemos um Gap de -0.6 (tabela 4).

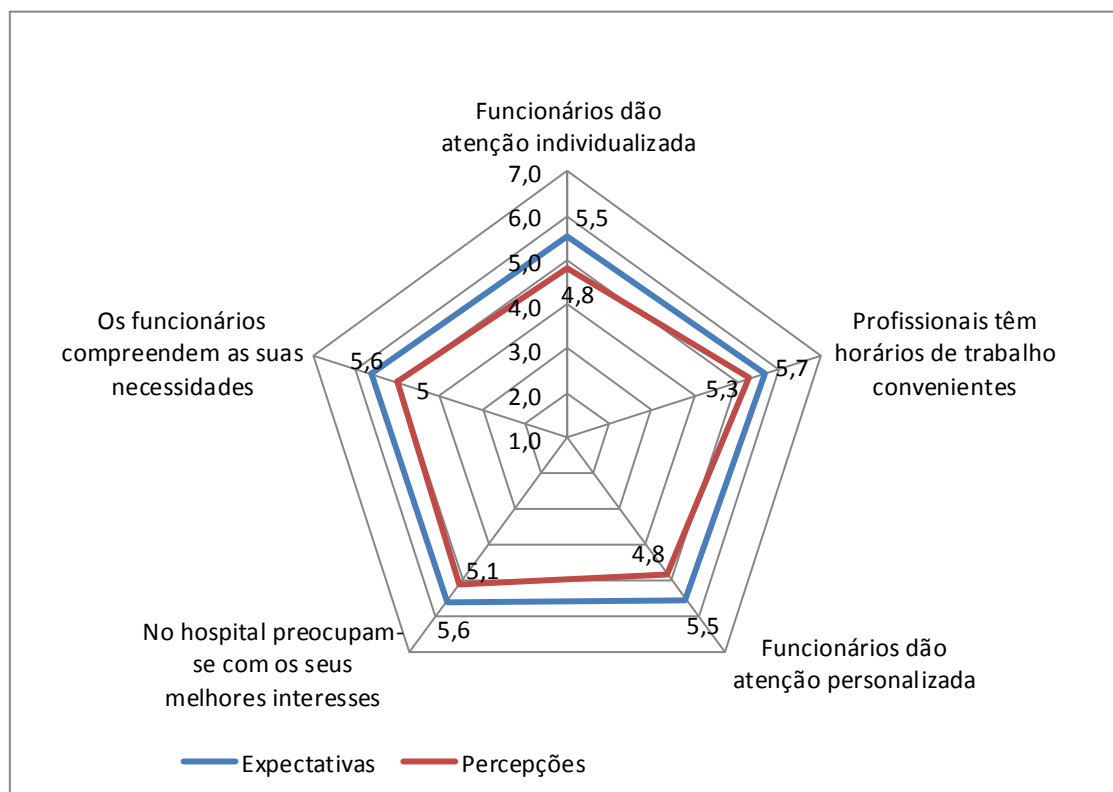


Figura 13-Dimensão "Empatia": percepções vs expectativas

5.4 Análise da qualidade global do serviço

Conforme podemos verificar na tabela seguinte (tabela 4), o Gap obtido para qualquer das dimensões estudadas é negativo. Isto deve-se ao facto de as expectativas que os utentes levam para o serviço são superiores às percepções com que ficam depois de usufruírem do serviço prestado. Ainda assim, os valores médios de percepções e expectativas são relativamente próximos, o que justifica a existência de Gaps genericamente baixos.

| | Média Percepções | Média Expectativas | GAP (P-E) |
|-------------------------------|------------------|--------------------|-----------|
| Elementos Tangíveis | 4,8 | 5,05 | -0,25 |
| Fiabilidade | 4,96 | 5,4 | -0,44 |
| Capacidade de resposta | 4,7 | 5,4 | -0,7 |
| Segurança | 5,29 | 5,6 | -0,31 |
| Empatia | 5 | 5,6 | -0,6 |

Tabela 4-Valores de Gap por dimensão

A informação atrás relatada pode ser confirmada através do seguinte gráfico (figura 14), que evidencia a existência de um gap superior na dimensão “capacidade de resposta” seguido da dimensão “empatia”. Por outro lado, verificamos um Gap inferior na dimensão “elementos tangíveis” seguido da dimensão “Segurança”.

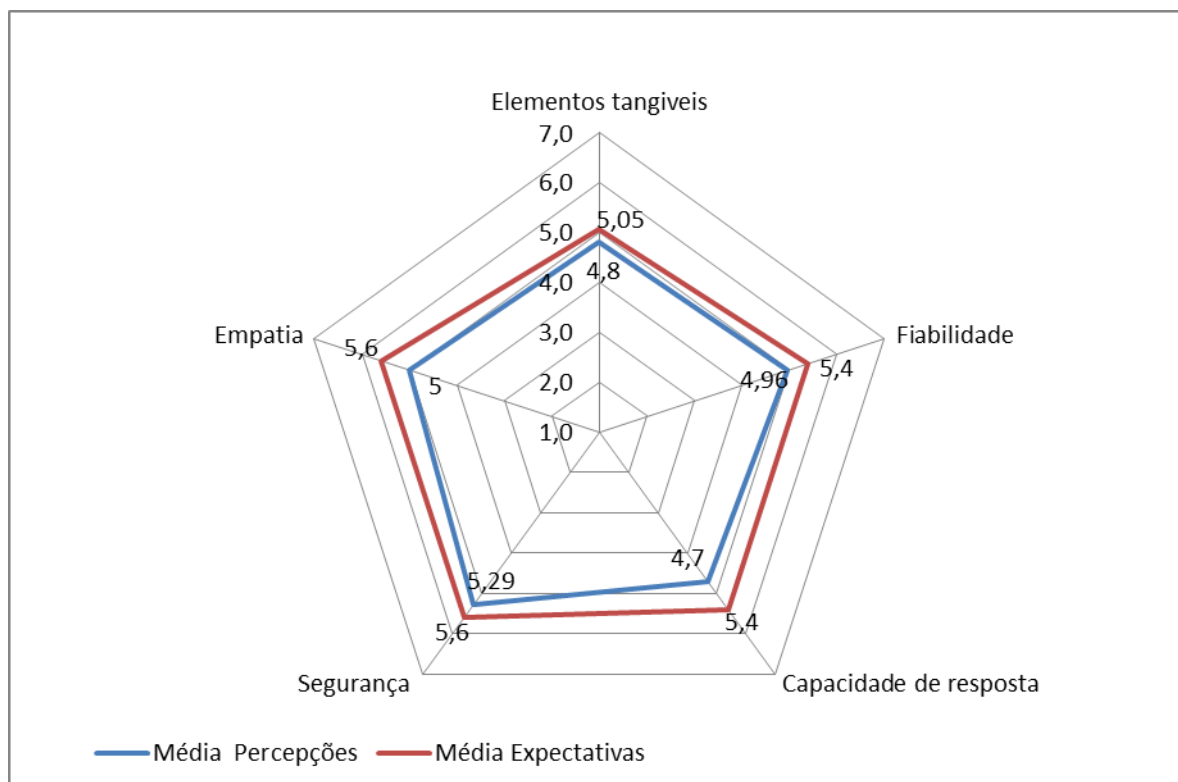


Figura 14-Qualidade de serviço

5.5 Avaliação da importância atribuída a cada característica

Através da contagem das respostas obtidas em cada uma das características apresentadas, verificamos que a população atribui maior importância à segunda característica que diz respeito à "capacidade de o hospital realizar o serviço prometido de forma segura e precisa". De facto, como apresentado no gráfico seguinte (figura 15) verifica-se que a amostra lhe atribui uma importância média de 29.9 o que representa 32.2% da população.

No que diz respeito à segunda característica a que a população mais considera importante, podemos afirmar que esta é a que diz respeito a “conhecimentos e tratamento amável dos profissionais dos hospital e a sua capacidade para transmitirem um sentimento de fé e confiança” com uma média de respostas de 21.6 o que corresponde a 23.2% dos inquiridos.

Como característica a que a amostra atribui menos importância, conforme representado no gráfico seguinte, podemos afirmar que esta é a que diz respeito a “aparência das instalações físicas, equipas, pessoal e material de comunicação que utiliza no hospital”.

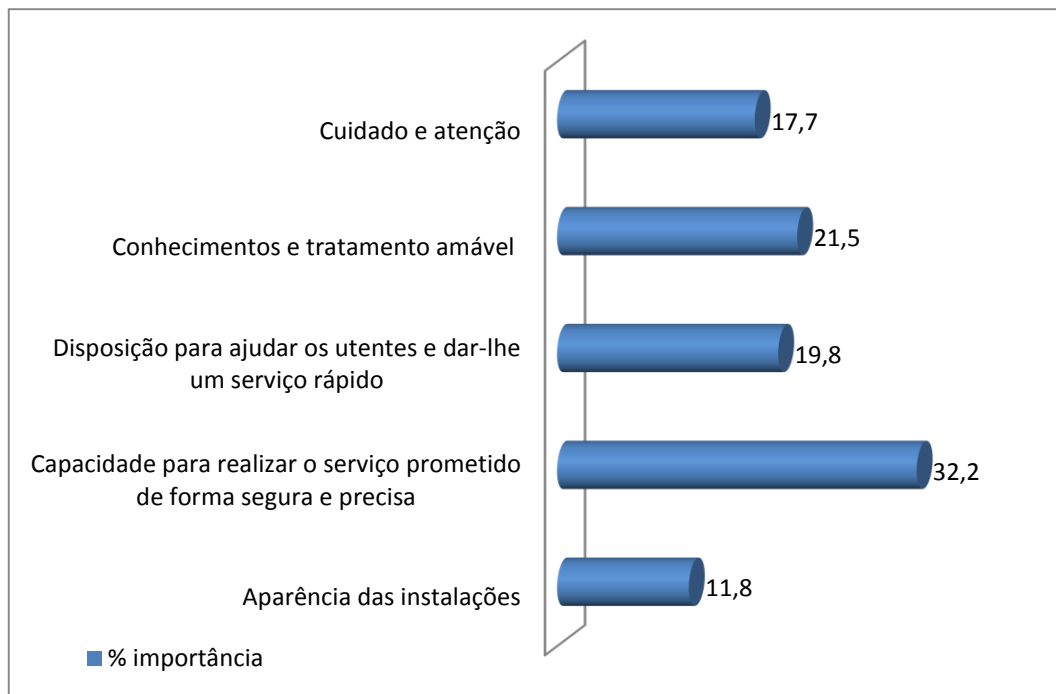


Figura 15- Percentagem de importância atribuída pelos utentes a cada característica

De acordo com a figura abaixo (figura 16) verificamos que a característica mais importante para os inquiridos é a segunda, com uma clara vantagem de 45 respostas.

Para a amostra estudada, a terceira característica é aquela a quem os inquiridos atribuem a segunda maior importância e que tem a ver com a disposição dos profissionais para ajudar os utentes e dar-lhes um serviço rápido.

Por outro lado, para os inquiridos, a característica menos importante é, de longe a primeira, com 65 respostas de acordo, relacionada com a aparência das instalações.

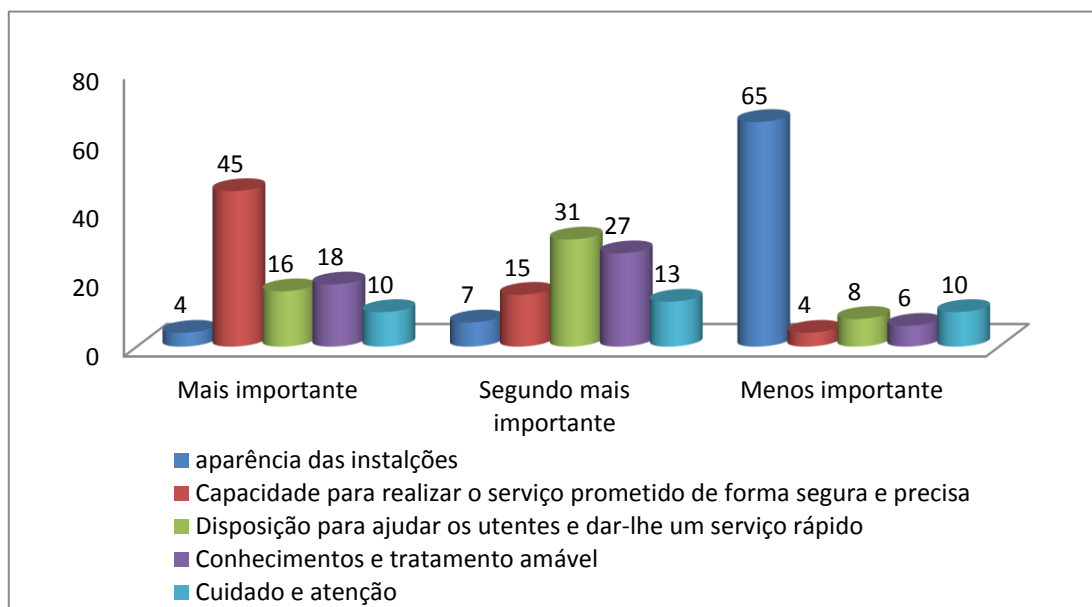


Figura 16-Importância das características para os inquiridos

5.6 Análise de Componentes Principais

De forma a transformar o número de variáveis iniciais em um número menor de variáveis hipotéticas, foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP). Esta forma de análise factorial permite reduzir a informação e permite a transformação de um conjunto de variáveis métricas iniciais correlacionadas entre si, em um outro conjunto de variáveis não correlacionadas entre si (designadas de Componentes Principais) e onde está incluída a maior parte da informação contida nas variáveis iniciais, no que diz respeito à variabilidade entre indivíduos. Para verificar a possibilidade de realização desta técnica às variáveis do presente estudo, procedeu-se ao cálculo do valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), uma vez que os restantes critérios para aplicação da ACP estavam reunidos: Variáveis que podem ser tratadas como quantitativas e dimensão da amostra adequada. Os resultados da análise factorial exploratória indicaram que o KMO apresenta um valor de 0.943 o que é considerado muito boa (Anexo IV). O valor obtido com o teste de Esfericidade de Bartlett (Sig <0.01) permite rejeitar a hipótese nula, ou seja, as variáveis iniciais estão correlacionadas entre si pelo que se pode realizar ACP.

Utilizando o critério de kaiser, o screeplot e o critério da percentagem da variância explicada, conseguimos reter 2 componentes principais as quais explicam cerca de 77% da

variância (Anexo IV) e em seguida optando-se por uma solução rodada pelo método Varimax.

A primeira componente principal foi denominada “Segurança” e a segunda componente principal apelidada de “Competência profissional”.

Assim, os resultados obtidos através de componentes principais permite-nos concluir que as componentes obtidas não são iguais às obtidas pelos autores Parasuraman *et al.* (1988). Isto deve-se provavelmente ao facto de o sector ao qual foi aplicado o questionário SEFVQUAL neste estudo- Sector da Saúde- ser bastante. Assim, tal como referido por Carman (1990) e Lonial *et al.* (2010) que afirma que as dimensões não são genéricas, sugerindo a adaptação dos factores de acordo com as diferentes situações, confirmando a sua aplicabilidade ao sector da saúde.

5.7 Análise da discrepância entre as percepções e expectativas dos Gaps das dimensões por género

Por forma a testar se as percepções e expectativas dos utentes são ou não iguais nos grupos populacionais homens e mulheres foi realizado o teste Mann-Whitney (Anexo V) que é um teste não paramétrico aplicado a duas amostras independentes e onde se verificou que $\text{Sig} > 0.05 \rightarrow$ Não rejeitar H_0 . Assim, com base nesta amostra e com um nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como a distribuição do Gap é igual nos grupos populacionais homens e mulheres.

5.8 Análise da discrepância entre as percepções e expectativas dos Gaps das dimensões por classes etárias

Para avaliar se a distribuição das percepções e expectativas era idêntica nos grupos populacionais dos utentes com idades compreendidas entre ≤ 25 , 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 e mais de 65 anos, realizámos o teste de Kruskal-Wallis (Anexo VI). Este teste é não paramétrico e é usado para testar se um conjunto de amostras tem a mesma distribuição. É uma extensão do teste de Mann-Whitney para mais de duas amostras. Ele é usado para testar a hipótese nula de que todas as populações possuem distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem distribuição diferentes.

Conforme consta no Anexo V, com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como a distribuição do Gap é igual para os diferentes grupos em estudo, uma vez que o valor de Sig > 5% . .

6 CONCLUSÃO

Pretendeu-se com a presente investigação avaliar a qualidade de serviço atribuída pelos utentes de um serviço de internamento de um hospital público de Lisboa, tendo para esse efeito, sido utilizada a Escala SERVQUAL de cinco dimensões: Elementos Tangíveis, Fiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia. Paralelamente, pretendeu-se determinar se existem diferenças significativas entre as Percepções e as Expectativas dos utentes, e qual a importância atribuída a cada uma das características (correspondentes às dimensões) pelos utentes desse mesmo hospital, relativamente ao serviço em estudo e ainda, analisar se o nível de qualidade de serviço atribuído pelos utentes é idêntico entre géneros e grupos etários.

A amostra reunida (por conveniência), consistiu em 93 indivíduos que concederam responder ao questionário SERVQUAL (Anexo II), de idade igual ou superior a 18 anos, de forma coerente, responsável e informada.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que a maior parte dos inquiridos, ainda que com uma pequena margem, são do sexo feminino (51%) em oposição aos do sexo masculino (49%). Verificamos que a faixa etária onde se encontra a maioria dos inquiridos se situa entre os 36 e os 55 anos (51.6%) e que os inquiridos, na sua maioria apresentam um nível de estudos superior (36%). Tratando-se de um serviço de internamento, os inquiridos dizem, na sua maioria recorrer ao serviço “às vezes” (40.9%).

A avaliação em termos de consistência interna do questionário SERVQUAL excelente, conforme podemos observar através de um Alpha de Cronbach (tabela 3), com valores sempre superiores a 0.9.

De acordo com a comparação percepções vs expectativas verificamos para todas as dimensões que as expectativas médias são sempre superiores às percepções médias, razão pela qual todos os resultados de Gap se apresentam como negativos.

Em relação à dimensão “Elementos Tangíveis” verificamos que os utentes criam maiores expectativas no que diz respeito à aparência dos profissionais, mas que as percepções reais com que ficam depois do serviço prestado não corresponde à expectativa inicial.

Relativamente à dimensão “Fiabilidade” apuramos uma maior discrepância entre percepções e expectativas no que diz respeito ao facto de os profissionais concluírem o serviço no tempo prometido.

De acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que em relação à dimensão “Capacidade de Resposta” existe uma maior discrepância entre percepções e expectativas relativamente ao item que refere que “*funcionários informam com precisão quando se concluirá o serviço*”. Verificamos que para esta dimensão, a média das percepções é relativamente inferior à das restantes.

No que diz respeito à dimensão “Segurança”, verificamos a maior discrepância no item que refere a amabilidade dos funcionários.

Por último, constatamos a existência de uma maior discrepância entre três, dos cinco itens que compõem a dimensão “Empatia”, sendo eles os que se referem à atenção individualizada e personalizada dada pelos funcionários.

De acordo com a tabela 4, apuramos que o maior Gap se encontra ao nível da dimensão “capacidade de resposta” com um Gap médio de -0.7, seguindo-se por ordem decrescente a dimensão “Empatia”, “Fiabilidade”, “Segurança” e por último, com o menos Gap a dimensão dos “Elementos Tangíveis”.

Em termos de importância atribuída pelos utentes às diferentes dimensões propostas, podemos constatar que a característica a que os inquiridos atribuem maior importância e que diz respeito a “*capacidade para realizar o serviço de forma segura e precisa*” relacionada com a dimensão “segurança” tem o terceiro maior Gap (-0.4). Isto sugere algum descontentamento por parte dos inquiridos ao nível dos itens que compõem a dimensão “segurança” à qual atribuem maior importância. Deste modo, os resultados sugerem a necessidade da equipa de gestão actuar a este nível, principalmente no que diz respeito ao item “*funcionários são sempre amáveis consigo*”, que é aquele que apresenta maior discrepância entre expectativas e percepções (figura 34).

Por outro lado, verificamos que os inquiridos reconhecem a característica “*disposição para ajudar os utentes e dar-lhes um serviço rápido*” que corresponde à dimensão “capacidade de resposta”, a segunda mais importante (figura 30). Esta dimensão é aquela que apresenta o maior Gap (-0.7), pelo que se sugere uma actuação a este nível prioritária, de forma a aproximar os valores das percepções dos utentes aos das suas expectativas.

Em oposição, verificamos que a característica menos importante para os inquiridos é a “*aparência das instalações*” que é também aquela que correspondendo à dimensão dos “elementos tangíveis”, apresenta o menor Gap (-0.25) (tabela 4).

Em relação ao peso atribuído pelos inquiridos a cada uma das características, verificamos que a maior percentagem se encontra na “*capacidade de realizar o serviço prometido de forma segura e precisa*” (figura 29) que é também aquela a quem atribuem maior importância.

Por outro lado, verificamos que existe disparidade no que diz respeito à atribuição de peso, por parte da população inquirida, relativamente à característica “*conhecimentos e tratamento amável*” a quem é atribuído o segundo maior peso e não é considerada nem a mais importante, nem a segunda mais importante por parte dos inquiridos.

Relativamente ao objectivo principal, o presente estudo, permitiu constatar que as expectativas dos utentes são ligeiramente superiores às percepções de qualidade de serviço.

Segundo os autores Slack *et al.* (1997) podemos avaliar a qualidade de serviço percebida como sendo pobre, uma vez que as expectativas > percepções. Por outro lado, os valores médios de percepções e expectativas são relativamente próximos, o que justifica a existência de Gaps genericamente baixos (tabela 4).

De forma a transformar o número de variáveis iniciais em um número menor de variáveis hipotéticas, foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP). Após validada a possibilidade de realização da ACP, verificamos que através desta se retinham duas componentes. A primeira componente retida, designamos como “Segurança” e a segunda como “Competência Profissional”. Em conjunto, estas duas componentes representam cerca de 77% da variância explicada.

Constatamos por isso que os resultados obtidos através da ACP, permitem-nos concluir que as componentes obtidas não são iguais às obtidas pelos autores Parasuraman *et al.* (1988), o que talvez se possa dever à especificidade do sector da saúde. Sugerimos por isso, tal como Carman (1990) e Lonial *et al.* (2010), uma vez que as dimensões não são genéricas, a sua adaptação de acordo com as diferentes situações.

Através da utilização do teste de Mann-Whitney, verificamos que a distribuição dos Gaps é igual nos homens e nas mulheres.

Para avaliar se a distribuição das percepções e expectativas era idêntica nos grupos populacionais dos utentes com idades compreendidas entre ≤ 25 , 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 e mais de 65 anos, realizámos o teste de Kruskal-Wallis. Segundo apuramos através deste teste, existe evidência estatística em como a distribuição do Gap é igual para os diferentes grupos etários em estudo.

No decorrer desta investigação constatamos a existência de algumas limitações do estudo. Assim, a amostra reunida para o presente estudo foi por conveniência, o que dificulta a generalização dos resultados. Também não se garante a representatividade da população, na medida em que esta investigação foi realizada num período de tempo delimitado que apenas inclui os utentes internados no serviço ao momento da realização dos inquéritos.

Por outro lado, o número de elementos que a constitui, acrescentava valor e robustez à investigação se fosse mais elevado.

Os resultados desta investigação não podem ser generalizados a outras instituições de saúde. Por outro lado, pela escassez de investigações semelhantes à presente em Portugal, não se torna possível fazer uma comparação entre resultados.

Para investigações futuras, sugerimos uma amostra maior a incluir na investigação. Sugerimos também uma investigação aos profissionais (prestadores de cuidados, administrativos e equipa de gestão) por forma a saber quais as suas percepções da realidade e de como o serviço é percebido pelos utentes.

Estas limitações e recomendações deverão ser interpretadas como oportunidades para melhorar e poderão ser o impulso para a realização de futuras investigações.

BIBLIOGRAFIA

António, N. S., Teixeira, A. 2009. *Gestão da Qualidade- De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Silabo.

Bakan, I., Buyukbese T. & Ersahan B. 2014, The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: An empirical study of Turkish private and public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*; 29: 292–315.

Barros P, de Almeida Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(5): 1–140.

Berry, L. L. & Parasuraman, A. (1991), *Marketing Services: Competing Through Quality*, New York: The Free Press.

Brady, M. & Cronin, J. 2001. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 65:34-49.

Campbell, S. M., Roland, M. O. & Buetow, S. A. 2000. Defining quality of care, *Social Science & Medicine* 51:1611-1625.

Campos, L. et al. 2010. *Plano Nacional de saúde 2011-2016- A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Alto comissariado para a saúde.

Carman, J. M. (1990), Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimension, *Journal of Retailing* 66(1), 33-55.

Crémadez M, et al. 1997. *Le management stratégique hospitalier* (2^e édition). Paris: InterEditions.

Cronin, J. J. & Taylor, S. A. 1992. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56: 55-62.

Donabedian A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press: Ann Arbor, MI.

Fernandes, A. C. et al. 2011. *A Qualidade em Saúde face aos novos desafios do Sistema de Saúde* (1^a edição). Diário de Bordo Editores.

- Fragata, J. 2011. *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa. Lidel.
- França, M. 2008. Quality risk management and patient safety: the challenge of effective integration. *World Hospitals and Health Services*, 44 (4): 21-23.
- Garcia, J.M. & Caro, L.M. 2010. Rethinking perceived service quality: An alternative to hierarquichal and multidimensional models. *Total Quality Management*, 21 (1): 93-118.
- Grapentine, T. 1999. The History and Future of Service Quality Assessment- Conecting customer needs and expectations to business processes; *Marketing research*: winter 1998/Spring 1999:5-20.
- Grönroos, C. 1984. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*. 18(4), 36-44.
- Grönroos, C. 1990. *Service management and marketing: Managing the moment of truth in service competition*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Hair, J., R. Anderson, R. Tatham e W. Black, (2006), *Multivariate Data Analysis* (6ª Edição), New York: Prentice Hall International.
- Headley D & Miller S. 1993. Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *J Health Care Mark*, 13:32-41.
- Hill, M. M. e Hill, A. 2012. *Investigação por questionário* (2ªedição), Lisboa: Edições Silabo.
- Institute of Medicine. 2000. *To err is Human. Building a Safer Health System*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (5ªed). Washington D.C.: National Academy Press.
- Kara A., Lonial S.; Tarim M. & Zaim S. 2005. A paradox of service quality in Turkey – The seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinats of servisse quality. *Euro Bus Rev*, 17:2-20.
- Lonial, *et al.*, 2010, An evaluation of SERVQUAL and patient loyalty in an emerging contry context. *Total Quality Manegement*, 21(8), 813-827.

- Mintzberg H. 2004. *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (3ª edição). Lisboa: D. Quixote.
- Mosadeghrad, A. M. 2012. A Conceptual Framework for Quality of Care. *Mater Sociomed*. 24(4): 251–261.
- Nunes, F. 1994. As organizações de Serviços de Saúde: alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3/4: 5-2.
- Øvretveit J. 1992. *Health service quality: An introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell.
- Parasuraman, A., Zeithamal, V. A. & Berry, L.L. (1985). A conceptual mode of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4):41-50.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V. & Berry, L. L. 1988. SERVQUAL: A multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64 (1):12-40.
- Rust, R.T. e R.L. Oliver. 1994, *Service Quality; New Directions in Theory and Practice*, California: SAGE Publication.
- Serapioni, M. 2009. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexão teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional, *Revista Critica de Ciências Sociais*, 85:65-82.
- Slack, N., Chambers S., Harland C., Harrison A. & Johnston R., (1997). *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas.
- Sousa, P. A. F., 2009. O sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios; *Acta Paulista de Enfermagem*, 22:884-94.
- Weick O. & Orton D. 1990. Loosely Coupled Systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15(2): 203-223.
- Weick, K., 1976, Educational Organizations as Loosely Coupled Systems, *Administrative Science Quarterly*, 21 (1):1-19.
- World Health Organization,. 2006. *Quality of Care- A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. Disponível em

http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf acessido entre Julho e Setembro de 2015

Sites WEB:

Constituição da Republica Portuguesa VII Revisão Constitucional (2005) disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf> acessido em 15/7/2015

História do Serviço Nacional de Saúde, 2015, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> consultado em 29/7/2015

Institute of Medicine, 1990, disponível em https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=zjn3Okf6kesC&oi=fnd&pg=PP10&dq=iom+1990+definition+of+quality&ots=Q3d9zC5Bhx&sig=-2ViiH-uRijW1reX1cNfR_qCyg8&redir_esc=y#v=onepage&q=iom%201990%20definition%20of%20quality&f=false acessido em 2/08/2015

Instituto Nacional de Estatística, 2014, informação à comunicação social disponível em <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=dados%20estatisticos%20hospitais%20ine%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20social> acessido em 5/8/2015

Plano Nacional de Saúde (2011-2016), in http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf acessido em 2/8/2015

Ramos, F.; EPE ou SA, 2005 – Descodificar hospitais, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/epeousa.htm> consultado em 28/7/2015

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO

ISCTE Business School
Instituto Universitário de Lisboa
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Estudo sobre “Avaliação da Qualidade de Serviço num serviço de internamento de um hospital público em Lisboa”

Exmo.(a) Senhor(a), estamos a desenvolver um estudo sobre a avaliação da qualidade de serviço no hospital. Com este estudo pretendemos avaliar qual o nível de qualidade de serviço percebido pelos utentes e quais as suas expectativas, bem como conhecer quais são as características às quais os seus utentes atribuem maior importância de entre: elementos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Conhecer qual a realidade em termos de qualidade vivida no serviço, poderá permitir melhor a resposta dada aos cidadãos, pelo serviço e hospital, ambicionando melhorar a prestação de cuidados.

Para nos ajudar neste estudo, pedimos a sua colaboração no preenchimento do questionário que a seguir se apresenta. Caso considere necessitar de esclarecimentos adicionais, estamos ao dispor para lhe prestar todas as informações necessárias.

A sua participação é voluntária e absolutamente confidencial. Todos os dados recolhidos são estritamente confidenciais, segundo o estabelecido na Lei 67/98 de protecção de dados de carácter pessoal. Não será divulgada ou cedida qualquer informação que permita a sua identificação. Todos os registos serão mantidos sobre a mais estrita confidencialidade. Só serão registados dados anónimos que serão processados por via electrónica. Caso deseje participar, deverá assinar o formulário de consentimento informado do doente.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ (nome completo), li a informação que me foi entregue.

Compreendi as explicações que me foram dadas, tendo tido a oportunidade de fazer as observações e esclarecer as dúvidas que achei pertinentes.

Também compreendo que a qualquer momento e sem necessidade de qualquer explicação poderei anular o consentimento agora dado.

Portanto, declaro que estou satisfeito com a informação recebida.

E, nessas condições, autorizo a minha participação no estudo “**Avaliação da Qualidade de Serviço num serviço de internamento de um hospital público em Lisboa**”.

Lisboa, __ de _____ de 2015

Assinatura do investigador

Assinatura do Doente

ANEXO II - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Este questionário surge na sequência de um trabalho de investigação, inserido numa dissertação do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE-IUL/ INDEG *Business School*, e tem como objectivo **avaliar a qualidade de serviço percebida pelos utentes de um serviço de internamento, bem como os principais critérios que têm em conta aquando da avaliação da qualidade de serviço prestada pelo hospital.**

As respostas são anónimas e confidenciais. Não existem respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Parte I - Caracterização Sócio- Demográfica

- 1) Sexo: ___Feminino ___Masculino

- 2) Idade: ___anos

- 3) Nível de escolaridade:
 ___ Sem escolaridade
 ___ 1º Ciclo (1º ao 4º ano)
 ___ 2º Ciclo (5º ao 6º ano)
 ___ 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
 ___ Secundário (10º ao 12º ano)
 ___ Superior

- 4) Com que frequência utiliza os serviços?
 ___ Raramente
 ___ Às vezes
 ___ Regularmente
 ___ Muito frequentemente

Parte II - Avaliar a Qualidade de Serviço

Para cada questão assinale com uma X a sua opinião, na escala de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente) para os dois grupos de respostas: Percepção real e Expectativas.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|---------------------|
| Discordo totalmente | <i>Discordo muito</i> | Discordo pouco | Não concordo nem discordo | Concordo pouco | Concordo muito | Concordo totalmente |

| | PERCEPÇÃO REAL | | | | | | | EXPECTATIVAS | | | | | | |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.Os equipamentos têm aparência moderna | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.As instalações físicas são visualmente atractivas | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Os funcionários têm uma aparência agradável | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, posters, avisos, ...) são visualmente atractivos | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.Quando prometem fazer algo em tempo certo, fazem-no. | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Quando você tem um problema, mostram genuíno interesse em resolvê-lo | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Os profissionais realizam bem o serviço à primeira vez | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.Os profissionais concluem o serviço no tempo prometido | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Os profissionais insistem em manter registos isentos de erros | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.Os funcionários informam com precisão os utentes quando se concluirá cada serviço | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.Os funcionários servem-no com rapidez | | | | | | | | | | | | | | |
| 12.Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar | | | | | | | | | | | | | | |
| 13.Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.O comportamento dos funcionários transmite confiança | | | | | | | | | | | | | | |
| 15.Sente-se seguro nas interacções com os profissionais | | | | | | | | | | | | | | |
| 16.Os funcionários são sempre amáveis consigo | | | | | | | | | | | | | | |
| 17.Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes fez | | | | | | | | | | | | | | |
| 18.Os funcionários dão-lhe uma atenção individualizada | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.Os profissionais têm horários de trabalho conveniente para todos os seus clientes | | | | | | | | | | | | | | |
| 20.Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada | | | | | | | | | | | | | | |
| 21.No hospital preocupam-se com os seus melhores interesses | | | | | | | | | | | | | | |
| 22.Os funcionários compreendem as suas necessidades | | | | | | | | | | | | | | |

Parte III – Avaliar a importância atribuída a cada característica

Instruções: No quadro apresentado em seguida, incluímos cinco características que correspondem a hospitais e aos serviços que oferecem. Gostaríamos de conhecer que nível de importância atribui a cada uma dessas características quando avalia a qualidade do serviço de um hospital. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características de *acordo com a importância que tem para si cada característica* (quanto mais importante for, mais pontos lhe atribuirá). Certifique-se, por favor, de que os pontos que atribui às cinco características somam um total de 100 pontos.

| | |
|--|--------------|
| 1. Aparência das instalações físicas, equipas, pessoal e material de comunicação que utiliza no hospital. | _____ pontos |
| 2. Capacidade do hospital para realizar o serviço prometido de forma segura e precisa. | _____ pontos |
| 3. Disposição do hospital para ajudar os seus utentes e dar-lhes um serviço rápido. | _____ pontos |
| 4. Conhecimentos e tratamento amável dos profissionais do hospital e a sua capacidade para transmitirem um sentimento de fé e confiança. | _____ pontos |
| 5. Cuidado, atenção individualizada que o hospital dá aos seus utentes. | _____ pontos |
| TOTAL de pontos atribuídos | 100 pontos |
| Das cinco características assinaladas previamente <i>qual é a mais importante</i> para si? (Indique o número da característica). | _____ |
| Qual das características é a <i>segunda</i> mais importante para si? | _____ |
| Qual é a característica <i>menos importante</i> para si? | _____ |

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III- ALPHA DE CRONBACH POR DIMENSÕES

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| 0,937 | 4 |

Tabela – Dimensão Elementos tangíveis

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| 0,942 | 5 |

Tabela - Dimensão Fiabilidade

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| 0,906 | 4 |

Tabela- Dimensão Capacidade de Resposta

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| 0,941 | 4 |

Tabela- Dimensão Segurança

| Reliability Statistics | |
|-------------------------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| 0,956 | 5 |

Tabela- Dimensão Empatia

ANEXO IV –ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

| KMO and Bartlett's Test | | |
|---|--------------------|----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | 0,943 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 2558,228 |
| | df | 231 |
| | Sig. | 0 |

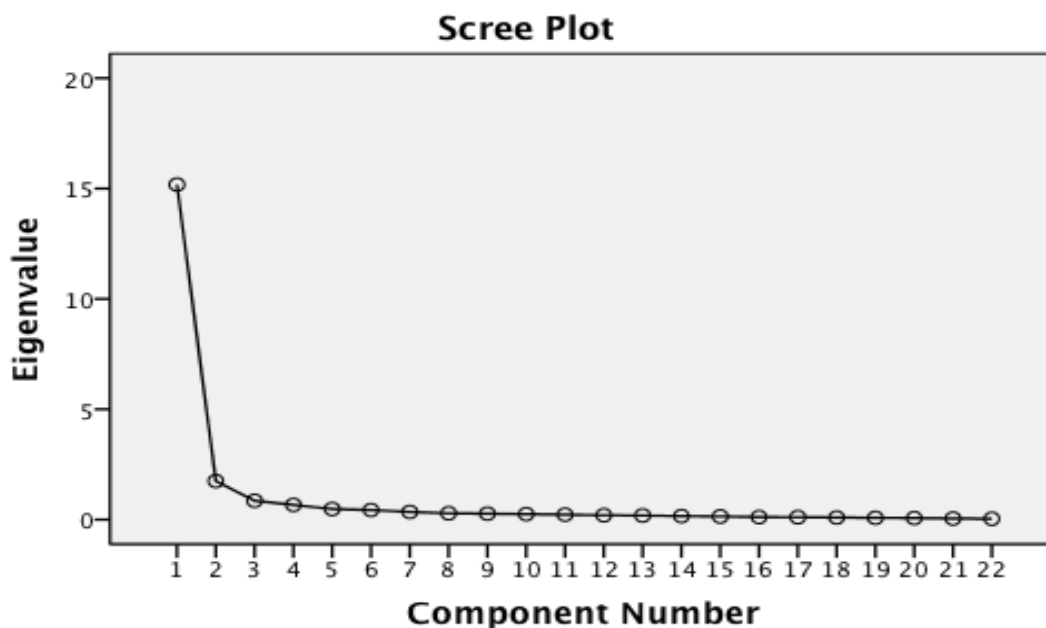
Tabela – KMO e teste de Esfericidade de Bartlett.

| Communalities | | |
|----------------------|---------|------------|
| | Initial | Extraction |
| gap_1 | 1 | 0,877 |
| gap_2 | 1 | 0,89 |
| gap_3 | 1 | 0,791 |
| gap_4 | 1 | 0,771 |
| gap_5 | 1 | 0,761 |
| gap_6 | 1 | 0,759 |
| gap_7 | 1 | 0,668 |
| gap_8 | 1 | 0,816 |
| gap_9 | 1 | 0,68 |
| gap_10 | 1 | 0,769 |
| gap_11 | 1 | 0,744 |
| gap_12 | 1 | 0,725 |
| gap_13 | 1 | 0,641 |
| gap_14 | 1 | 0,776 |
| gap_15 | 1 | 0,828 |
| gap_16 | 1 | 0,802 |
| gap_17 | 1 | 0,783 |
| gap_18 | 1 | 0,799 |
| gap_19 | 1 | 0,636 |
| gap_20 | 1 | 0,785 |
| gap_21 | 1 | 0,842 |
| gap_22 | 1 | 0,785 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

| Extraction Sums of Squared Loadings | | | Rotation Sums of Squared Loadings | | |
|--|---------------|--------------|--|---------------|--------------|
| Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % |
| 15,18 | 68,999 | 68,999 | 11,387 | 51,76 | 51,76 |
| 1,748 | 7,946 | 76,945 | 5,541 | 25,185 | 76,945 |

| Total Variance Explained | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|--|---------------------|
| Component | Initial Eigenvalues | | | Cumulative % |
| | Total | % of Variance | | |
| 1 | 15,18 | 68,999 | | 68,999 |
| 2 | 1,748 | 7,946 | | 76,945 |
| 3 | 0,855 | 3,886 | | 80,831 |
| 4 | 0,669 | 3,039 | | 83,87 |
| 5 | 0,481 | 2,186 | | 86,056 |
| 6 | 0,436 | 1,981 | | 88,037 |
| 7 | 0,35 | 1,59 | | 89,627 |
| 8 | 0,288 | 1,309 | | 90,936 |
| 9 | 0,271 | 1,23 | | 92,167 |
| 10 | 0,248 | 1,128 | | 93,295 |
| 11 | 0,225 | 1,023 | | 94,318 |
| 12 | 0,199 | 0,904 | | 95,221 |
| 13 | 0,187 | 0,848 | | 96,07 |
| 14 | 0,159 | 0,724 | | 96,794 |
| 15 | 0,143 | 0,652 | | 97,445 |
| 16 | 0,115 | 0,524 | | 97,97 |
| 17 | 0,11 | 0,498 | | 98,468 |
| 18 | 0,096 | 0,437 | | 98,905 |
| 19 | 0,083 | 0,375 | | 99,28 |
| 20 | 0,069 | 0,315 | | 99,595 |
| 21 | 0,05 | 0,226 | | 99,821 |
| 22 | 0,039 | 0,179 | | 100 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | | | | |



Rotated Component Matrixa

| | Component | |
|--------|-----------|-------|
| | 1 | 2 |
| gap_21 | 0,859 | |
| gap_16 | 0,85 | |
| gap_18 | 0,847 | |
| gap_20 | 0,84 | |
| gap_8 | 0,835 | |
| gap_22 | 0,827 | |
| gap_10 | 0,819 | |
| gap_12 | 0,815 | |
| gap_11 | 0,81 | |
| gap_7 | 0,785 | |
| gap_17 | 0,773 | |
| gap_15 | 0,76 | 0,501 |
| gap_19 | 0,741 | |
| gap_14 | 0,732 | |
| gap_13 | 0,728 | |
| gap_6 | 0,697 | 0,523 |
| gap_5 | 0,693 | 0,53 |
| gap_9 | 0,624 | 0,54 |
| gap_1 | | 0,906 |
| gap_2 | | 0,905 |
| gap_4 | | 0,816 |
| gap_3 | | 0,807 |

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a Rotation converged in 3 iterations.

Componente 1-“ Segurança”

Componente 2- “Competência Profissional”

ANEXO V - ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR GÉNERO

Objectivo: a análise realizada pretende comparar se os Gap verificados nas diferentes dimensões é igual nos utentes homens e mulheres.

Hipóteses:

H₀- a distribuição do gap da dimensão i é igual nos grupos populacionais homens e mulheres.

H₁- a distribuição do Gap da dimensão i é diferente nos grupos populacionais homens e mulheres

| Ranks | | | | |
|-------------------------------------|-----------|----|-----------|--------------|
| | Sexo | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Elementos tangíveis - Gap | Feminino | 47 | 50,79 | 2387 |
| | Masculino | 46 | 43,13 | 1984 |
| | Total | 93 | | |
| Fiabilidade - Gap | Feminino | 47 | 49,73 | 2337,5 |
| | Masculino | 46 | 44,21 | 2033,5 |
| | Total | 93 | | |
| Capacidade de resposta - Gap | Feminino | 47 | 46,51 | 2186 |
| | Masculino | 46 | 47,5 | 2185 |
| | Total | 93 | | |
| Segurança - Gap | Feminino | 47 | 48,06 | 2259 |
| | Masculino | 46 | 45,91 | 2112 |
| | Total | 93 | | |
| Empatia - Gap | Feminino | 47 | 46,23 | 2173 |
| | Masculino | 46 | 47,78 | 2198 |
| | Total | 93 | | |

Teste de MANN-WHITNEY para as diferenças nas dimensões relativamente ao sexo dos inquiridos

| Test Statistics a | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|---------------|
| | Elementos tangíveis - gap | Fiabilidade - gap | Capacidade de resposta - gap | Segurança - gap | Empatia - gap |
| Mann-Whitney U | 903 | 952,5 | 1058 | 1031 | 1045 |
| Wilcoxon W | 1984 | 2033,5 | 2186 | 2112 | 2173 |
| Z | -1,379 | -0,989 | -0,177 | -0,385 | -0,277 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,168 | 0,322 | 0,859 | 0,7 | 0,782 |

a Grouping Variable: Sexo

Sig> 0.05-> Não rejeitar H₀.

Decisão: Com base nesta amostra e com um nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como a distribuição do gap da dimensão i é igual nos grupos populacionais homens e mulheres.

ANEXO VI - ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR GRUPOS ETÁRIOS

1) Teste Kruskal- Wallis para os grupos populacionais formados pelas classes etárias.

Objetivo: testar se a distribuição das percepções e expectativas é idêntico nos grupos populacionais dos utentes com idades compreendidas entre ≤ 25 , 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 e mais de 65 anos.

Hipóteses:

H0: A distribuição do gap da componente i é a mesma nos grupos populacionais dos utentes com idades ≤ 25 anos, entre os 26-35 anos, 36-45 anos, 46-55 anos, 56-65anos e mais de 65 anos.

H1: A distribuição da componente i é diferente em pelo menos um destes grupos populacionais.

| Ranks | | | |
|-------------------------------------|--------------|----|-----------|
| | Grupo_etario | N | Mean Rank |
| Elementos tangíveis - gap | ≤ 25 | 5 | 31,4 |
| | 26-35 | 19 | 38,32 |
| | 36-45 | 24 | 47,19 |
| | 46-55 | 24 | 51,81 |
| | 56-65 | 16 | 52,03 |
| | >65 | 5 | 55,5 |
| | Total | 93 | |
| Fiabilidade - gap | ≤ 25 | 5 | 47,6 |
| | 26-35 | 19 | 38,82 |
| | 36-45 | 24 | 50,44 |
| | 46-55 | 24 | 48,21 |
| | 56-65 | 16 | 46,38 |
| | >65 | 5 | 57,2 |
| | Total | 93 | |
| Capacidade de resposta - gap | ≤ 25 | 5 | 46,9 |
| | 26-35 | 19 | 34,08 |
| | 36-45 | 24 | 49,06 |
| | 46-55 | 24 | 47,94 |
| | 56-65 | 16 | 51,81 |
| | >65 | 5 | 66,4 |

| | | | |
|------------------------|-------|----|-------|
| | Total | 93 | |
| Segurança - gap | <=25 | 5 | 44,6 |
| | 26-35 | 19 | 42,55 |
| | 36-45 | 24 | 49,25 |
| | 46-55 | 24 | 43,73 |
| | 56-65 | 16 | 52,53 |
| | >65 | 5 | 53,5 |
| | Total | 93 | |
| Empatia - gap | <=25 | 5 | 55,5 |
| | 26-35 | 19 | 40,63 |
| | 36-45 | 24 | 45,23 |
| | 46-55 | 24 | 48,71 |
| | 56-65 | 16 | 51,38 |
| | >65 | 5 | 49 |
| | Total | 93 | |

Test Statistics a,b

| | Elementos tangíveis - gap | Fiabilidade - gap | Capacidade de resposta - gap | Segurança - gap | Empatia - gap |
|--|---------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|---------------|
| Chi-Square | 5,546 | 2,921 | 7,653 | 2,049 | 2,213 |
| df | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Asymp. Sig. | 0,353 | 0,712 | 0,176 | 0,842 | 0,819 |
| a Kruskal Wallis Test | | | | | |
| b Grouping Variable: grupo_etario | | | | | |

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como a distribuição do gap das diferentes dimensões é diferente para os diferentes grupos em estudo, pois valor de *Sig* > 5%.