

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS
HOSPITALARES: ESTUDO DE CASO**

Joana Lopes Fael

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de
Mestre em Gestão

Orientador(a):
Mestre Ana Lúcia Henriques Martins, Assistente, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Dezembro 2009

Agradecimentos

Aos responsáveis pela administração do Centro Hospitalar Cova da Beira SA, que autorizaram a realização deste estudo e às utentes do serviço de Obstetrícia do Hospital Pêro da Covilhã, que prescindiram de algum do seu tempo para responder ao questionário, o meu muito obrigada. Um agradecimento especial à Enfermeira Célia, do mesmo hospital, pela disponibilidade que sempre manifestou.

À Professora Ana Lúcia Martins, orientadora da dissertação, agradeço, em primeiro lugar, a ajuda na descoberta e concretização de uma “boa ideia” e, em seguida, o estímulo e o apoio incansáveis, durante o último ano de trabalho.

Ao Jorge Gamboa, pela constante disponibilidade.

À minha mãe, pela tranquilidade que me soube passar, pelas palavras certas e pela revisão do texto.

Ao meu pai, pela ajuda na revisão gráfica e pelo orgulho silencioso que de mim tem.

Aos meus irmãos e aos meus amigos mais próximos, nomeadamente ao Diogo, pela presença e o apoio constantes.

O meu profundo e sincero agradecimento a todas as outras pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Resumo

Numa envolvente em que o sector dos serviços tem ganho importância crescente na economia internacional, a avaliação da qualidade destes é premente. Neste sentido, procura-se avaliar a qualidade do serviço hospitalar, na óptica dos seus utentes. Para tal, no âmbito do instrumento SERVQUAL, é avaliada a percepção da qualidade do serviço num caso de estudo – o Hospital Pêro da Covilhã, em particular o seu Serviço de Obstetrícia.

Através de estatísticas simples, bem como de testes não paramétricos, procurou-se identificar quais os aspectos que incrementam e quais os que penalizam a qualidade percebida, e verificar se existem diferenças provenientes da faixa etária, do grau de escolaridade ou da distância da residência da utente até ao hospital.

Os resultados obtidos permitiram concluir que é a dimensão da qualidade Garantia que mais contribui para a qualidade percebida das utentes e que a Tangibilidade é a que contribui menos. Foi ainda possível concluir que a idade da utente e o seu grau de escolaridade influenciam a percepção da qualidade do serviço.

Por fim, são identificadas limitações aos resultados obtidos bem como dadas pistas para investigação futura.

Palavras-Chave: Avaliação da Qualidade; Estudo de Caso; Serviços; SERVPERF.

JEL Classification System:

I11 - Analysis of Health Care Markets

Y40 - Dissertations

Abstract

Currently, the services sector has been gaining an increasing importance in international economy and, therefore, there is an urgent need to assess its quality. Bearing that in mind, it is important to assess the quality of the hospital service, from its users' point of view. To achieve that, and within the scope of the instrument Servqual, the perception of the quality of the service has been assessed in a case study – Hospital Pêro da Covilhã – in particular in Obstetrics.

Simple statistics and non-parametric tests were applied to identify the aspects that increase the perceived quality and those that minimize it. It was also important to determine whether that perception of quality was dependant on age-group, level of education or on how far the distance from home to the hospital is for those service users.

The results have shown that what contributes the most for the perception of quality is Guarantee, being Tangibility the least important. Another conclusion was observed – both the users' age-group and their level of education influence their perception of the quality of the service.

Finally, limitations to the results obtained have been observed and clues are given for further research.

Keywords: Quality Assessment, Case Study; Services; SERVPERF.

JEL Classification System:

I11 - Analysis of Health Care Markets

Y40 – Dissertations

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Lista de Figuras	viii
Lista de Gráficos.....	ix
Lista de Quadros	x
Lista de Tabelas	xi
Capítulo I – Introdução.....	1
1.1 Motivação	1
1.2 Formulação do problema	2
1.3 Questão de Investigação	2
1.4 Hipóteses.....	3
1.5 Metodologia	6
1.6 Abrangência da Investigação	7
1.7 Estrutura.....	7
Capítulo II – Enquadramento Teórico	9
2.1 Introdução	9
2.2 O conceito de qualidade nos serviços	9
2.3 Qualidade nos serviços vs. Qualidade nos bens.....	13
2.4 Medição da qualidade nos serviços	15
2.5 Avaliação das dimensões da qualidade nos serviços.....	17
2.5.1 Origem das dimensões da qualidade	17
2.5.2 Metodologia do SERVQUAL	20

2.5.3 Críticas ao SERVQUAL.....	21
2.6 SERVPERF como alternativa ao SERVQUAL	24
2.7 Conclusões	25
Capítulo III – Metodologia.....	26
3.1 Introdução	26
3.2 Objectivos da investigação	26
3.3 Desenvolvimento da investigação	27
3.3.1 Estudo de caso.....	27
3.3.2 Locais de estudo	28
3.3.3 Técnicas de recolha de dados	28
3.4 Processo de Amostragem	29
3.5 Tratamento e análise dos dados	30
3.6 Validade.....	32
Capítulo IV – Análise e Discussão dos Resultados	33
4.1 Introdução	33
4.2 Caracterização do caso de estudo	33
4.3 Caracterização da amostra	34
4.3.1 Idade.....	34
4.3.2 Grau de Escolaridade	35
4.3.3 Distância ao serviço de saúde.....	36
4.4 Avaliação global das dimensões da qualidade	37
4.5 Avaliação individual de cada dimensão da qualidade.....	37
4.5.1 Tangibilidade	38
4.5.2 Confiança	40
4.5.3 Capacidade de Resposta.....	43
4.5.4 Garantia	46

4.5.5 Empatia.....	48
4.6 Avaliação das dimensões da qualidade por variável independente.....	51
4.7 Conclusões	63
Capítulo V – Conclusões e Recomendações	64
5.1 Resumo das hipóteses	64
5.2 Discussão dos resultados	68
5.3 Limites da Investigação	73
5.4 Perspectivas para trabalho futuro.....	74
ANEXO 1	75
ANEXO 2	80
ANEXO 3	84
Bibliografia.....	86

Lista de Figuras

Figura 2.1. Modelo Conceptual para a Qualidade do Serviço de Parasuraman *et al.*, 1985 (adaptado).

Lista de Gráficos

Gráfico 4.1. Percentagem de observações por intervalo de idade.

Gráfico 4.2. Percentagem de observações por intervalos relativos ao grau de escolaridade.

Gráfico 4.3. Percentagem de observações por intervalo de distância, em quilómetros.

Gráfico 4.4. *Plot* da variável dependente P1., quanto à variável independente Distância.

Gráfico 4.5. *Plot* da variável dependente P20., quanto à variável independente Distância.

Lista de Quadros

Quadro 2.1. Catorze Princípios para a Transformação, segundo Deming (1986: 23-24).

Quadro 2.2. Objectivos da Qualidade Total, segundo Feigenbaum (1983).

Quadro 2.3. Diferenças entre Serviços e Produtos (Rocha, 2006: 26).

Quadro 2.4. As dimensões da qualidade nos serviços segundo Parasuraman *et al.* (1988).

Quadro 3.1. Categorização das variáveis independentes.

Lista de Tabelas

Tabela 4.1. Resultado da média e desvio padrão por dimensão da qualidade.

Tabela 4.2. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade.

Tabela 4.3. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Idade.

Tabela 4.4. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Tabela 4.5. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Distância.

Tabela 4.6. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Confiança.

Tabela 4.7. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Idade.

Tabela 4.8. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Tabela 4.9. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Distância.

Tabela 4.10. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta.

Tabela 4.11. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Idade.

Tabela 4.12. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Tabela 4.13. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Distância.

Tabela 4.14. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Garantia.

Tabela 4.15. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Idade.

Tabela 4.16. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Tabela 4.17. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Distância.

Tabela 4.18. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Empatia.

Tabela 4.19. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Idade.

Tabela 4.20. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Tabela 4.21. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Distância.

Tabela 4.22. Resultados da realização do teste não paramétrico Kruskal Wallis.

Tabela 4.23. Agrupamento das variáveis independentes em categorias inferiores.

Tabela 4.24. Resultados da realização do teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney às variáveis independentes categorizadas Idade e Grau de escolaridade.

Tabela 4.25. Média para cada categoria de intervalo relativamente às variáveis independentes categorizadas Idade e Grau de Escolaridade.

Tabela 4.26. Resultados da realização do teste não paramétrico Kruskal Wallis à variável independente categorizada Distância.

A2.1 Comparações múltiplas para as variáveis dependentes P1. e P20., através do teste de Bonferroni.

A3.1 Comparações múltiplas para as variáveis dependentes P10. e P20., através do teste de Scheffé.

Capítulo I – Introdução

1.1 Motivação

De acordo com Wölfl (2005), o sector dos serviços, onde se engloba a saúde, tem vindo a assumir uma importância crescente no panorama internacional, tendo-se tornado o sector quantitativamente mais importante na economia dos países da OCDE, representando 70% do valor acrescentado e do emprego, continuando actualmente em crescimento.

A relevância ganha pelos serviços não tem sido acompanhada de crescimento similar em termos de avaliação da sua qualidade. Embora já exista alguma investigação nesta área, ela é escassa em Portugal. Neste contexto, encontram-se alguns estudos, como o de Salazar (2000), intitulado “*A avaliação da qualidade dos serviços: O caso de uma seguradora*” e “*A Qualidade do Serviço, As Percepções dos Consumidores e dos Directores dos Hotéis de 4 e 5 Estrelas das Cadeias Hoteleiras em Portugal*” (Salazar *et al.*, 2005).

O presente trabalho enquadra-se na investigação sobre a qualidade dos serviços hospitalares, considerando, especificamente, a percepção dos utentes sobre os cuidados de saúde prestados. Esta temática afigura-se particularmente relevante, uma vez que se vem assistindo a um aumento de unidades hospitalares em Portugal, quer no sector público, quer no privado, este último, particularmente, a partir de 2001, com a abertura do governo à possibilidade da constituição de Parcerias Público – Privado (PPP), para a construção de novos hospitais. Procura-se dar resposta a um mercado em crescimento, uma vez que os cuidados de saúde acompanham o envelhecimento da população e o crescimento económico, prevendo-se que, em 2050, a população portuguesa seja uma das mais envelhecidas da União Europeia, com 32% da população com mais de 65 anos, segundo dados do INE (2008).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tende a ser feita na óptica do prestador de serviço. No entanto, o utente desse serviço poderá ter uma percepção

diferenciada dessa mesma qualidade. Verifica-se, assim, que é relevante a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em relação aos serviços de saúde prestados.

1.2 Formulação do problema

No contexto definido, os principais objectivos que se pretendem atingir com a elaboração desta tese são:

- Avaliar a qualidade do serviço prestado por um hospital, na óptica dos seus utentes, e identificar formas de incrementar essa qualidade percebida.

Parasuraman *et al.* (1988) definem cinco dimensões para a avaliação da qualidade de um serviço pelos seus utentes (Tangibilidade, Capacidade de Resposta, Confiança, Empatia e Garantia). Tendo por base esta posição e o objectivo global da investigação supra definidos, estabelecem-se vários objectivos parcelares para a mesma:

- Identificar quais as dimensões da qualidade que apresentam maior satisfação para os clientes do serviço de saúde;
- Identificar quais os aspectos que incrementam e penalizam mais a qualidade percebida pelos utentes do serviço de saúde, em relação a cada dimensão da qualidade do serviço;
- Identificar diferenças de percepção de qualidade do serviço prestado que possam provir da idade, grau de escolaridade ou distância da residência do utente até ao serviço de saúde;
- Averiguar se a imagem que os utentes têm do serviço de saúde coincide com a missão desse mesmo serviço.

1.3 Questão de Investigação

Dos objectivos globais da investigação e, posteriormente, dos objectivos parcelares, decorre então a questão de investigação a que esta tese de propõe responder: Quais as dimensões de qualidade do serviço que são percebidas como mais satisfatórias pelos utentes de um hospital?

1.4 Hipóteses

Atendendo à questão de investigação formulada, à existência de várias dimensões para a avaliação da qualidade de um serviço (Parasuraman *et al.*, 1988) e tendo por base que a satisfação com a qualidade do serviço poderá depender de aspectos externos a este, pretende-se testar as seguintes hipóteses:

H1. Os utentes de um hospital percebem de maneira distinta as diferentes dimensões da qualidade.

H1.1. A tangibilidade é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa.

H1.2. A confiança é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa.

H1.3. A capacidade de resposta é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa.

H1.4. A garantia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa.

H1.5. A empatia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa.

H1.6. A tangibilidade é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa.

H1.7. A confiança é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa.

H1.8. A capacidade de resposta é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa.

H1.9. A garantia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa.

H1.10. A empatia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa.

Uma vez que a percepção da qualidade do serviço prestado poderá ser influenciada pela idade da pessoa que usufrui do serviço, procurar-se-á testar igualmente a seguinte hipótese:

H2. O A idade do utente de um hospital influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H2.1. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H2.2. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H2.3. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H2.4. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H2.5. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H2.6. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a tangibilidade como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H2.7. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a confiança como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H2.8. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a capacidade de resposta como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H2.9. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a garantia como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H2.10. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a empatia como a dimensão de menor qualidade comparativa.

Dado que a distância que um utente de um hospital tem de percorrer até ao serviço de saúde poderá influenciar o modo como este percebe a qualidade do serviço que lhe é prestado, procurar-se-á testar igualmente a seguinte hipótese:

H3. A distância percorrida pelo utente de um hospital até ao serviço de saúde influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H3.1. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.2. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.3. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.4. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.5. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.6. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.7. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.8. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.9. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H3.10. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

A par dos aspectos atrás referidos, é possível que o grau de escolaridade do utente que usufrui do serviço prestado por um hospital influencie a percepção que aquele tem deste. No sentido de testar esta relação, formula-se a seguinte hipótese:

H4. O grau de escolaridade do utente de um hospital influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H4.1. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H4.2. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H4.3. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H4.4. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H4.5. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa.

H4.6. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a tangibilidade como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H4.7. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a confiança como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H4.8. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a capacidade de resposta como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H4.9. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a garantia como a dimensão de menor qualidade comparativa.

H4.10. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a empatia como a dimensão de menor qualidade comparativa.

1.5 Metodologia

Tendo em conta que se está perante uma investigação por estudo de caso, será necessário adoptar uma estratégia de pesquisa abrangente, passando pela lógica do planeamento, pela definição das técnicas de recolha de dados e pelas abordagens específicas à análise dos mesmos (Yin, 2005).

Neste sentido, tendo por base os objectivos desta investigação e o contributo de Parasuraman *et al.* (1988), a metodologia a seguir passa pela aplicação do questionário SERVQUAL às utentes do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, S.A., que integra o Hospital Pêro da Covilhã e o Hospital do Fundão.

Segundo Parasuraman *et al.* (1988), aquele questionário é um instrumento de avaliação da percepção dos clientes relativamente à qualidade dos serviços e de organizações/empresas de comércio retalhista. Esta ferramenta procura comparar as expectativas que os clientes têm sobre um determinado serviço, relativamente ao que realmente acontece/percepções do mesmo, ou seja, permite comparar o ideal com o real.

Depois de algumas modificações feitas pelos autores ao longo do tempo, o SERVQUAL encontra-se actualmente organizado em cinco dimensões. São elas a tangibilidade, confiança, capacidade de resposta, garantia e empatia, conceitos que irão ser explorados no Capítulo II.

O questionário será aplicado a uma amostra de utentes do serviço acima mencionado e processa-se em três passos sequenciais. Inicialmente, o cliente é questionado sobre qual o seu ideal relativamente à qualidade de um serviço prestado, sendo que em seguida se questiona qual o desempenho real da empresa. Por fim, procede-se à comparação entre o ideal e o real desse mesmo serviço.

Este modelo é constituído por 22 itens e o questionário divide-se em duas partes. A primeira (22 itens) serve para medir o ideal relativamente ao serviço e a segunda (com os mesmos 22 itens) destina-se a medir o real desse mesmo serviço. Assim, a qualidade do serviço é avaliada através da subtracção entre a qualidade esperada e a percepcionada pelo cliente.

Através da aplicação deste questionário é possível a empresa perceber quais os pontos fortes assim como as áreas a melhorar a partir da percepção dos serviços prestados, de forma a estas serem trabalhadas e transformadas em aspectos mais valorizados pelos utentes do que anteriormente.

1.6 Abrangência da Investigação

A abrangência desta pesquisa limita-se ao Hospital Pêro da Covilhã, integrado no Centro Hospitalar Cova da Beira, dado que foi a instituição que se mostrou mais disponível para receber esta investigação. Dentro deste organismo, é o serviço de Obstetrícia que o hospital disponibilizou para aplicar o questionário. Devido às limitações temporais que envolvem esta pesquisa, apenas as utentes que tiveram bebés entre os meses de Outubro e Dezembro de 2008 contaram para a amostra em questão.

1.7 Estrutura

No sentido de se atingirem os objectivos propostos, o trabalho desenvolve-se em 5 capítulos:

Capítulo I – Introdução. Apresentam-se a motivação, os objectivos, a questão central da investigação, assim como as hipóteses a testar, a metodologia a seguir, os limites encontrados e a estrutura do trabalho.

Capítulo II – Enquadramento teórico. Aqui será feito o ponto de situação do conhecimento existente no campo teórico no qual se situa a investigação. Este enquadramento pretende sustentar os objectivos da investigação, assim como apresentar detalhadamente o SERVQUAL como instrumento de avaliação da qualidade dos serviços.

Capítulo III – Metodologia. Neste capítulo será feita uma breve caracterização do contexto em que se realizará a investigação – Hospital Pêro da Covilhã – assim como dos seus serviços. Identificar-se-á o universo dos sujeitos em questão, bem como o processo de definição da amostra utilizada (tendo em conta que será uma abordagem por estudo de caso), a sua caracterização nas variáveis pertinentes para a sua dimensão e a fundamentação do processo de recolha de dados. Ter-se-ão ainda em conta as dificuldades encontradas, com especial destaque para as que possam ter impacto nos resultados, indicando a data e os locais em que os mesmos foram recolhidos, assim como a metodologia a utilizar para a análise dos dados.

Capítulo IV – Análise e Discussão dos resultados. Este capítulo comporta a análise do caso de estudo e dos dados provenientes da amostra recolhida, bem como a correspondente discussão.

Capítulo V – Conclusões e Recomendações. Neste capítulo procurará proceder-se à interpretação dos resultados, à análise da medida em que o problema inicial foi respondido, à discussão da verificação das hipóteses, ao confronto com as teorias revistas e apresentadas no quadro teórico, ao desenvolvimento de indicações para incrementar a qualidade percebida pelo utente do serviço do hospital, à enumeração das eventuais limitações dos resultados obtidos e, por fim, a sugestões para investigação futura.

Capítulo II – Enquadramento Teórico

2.1 Introdução

Para se poder avaliar a qualidade do serviço hospitalar, ou seja, ir ao encontro do objectivo geral desta investigação, procurou-se um modelo de análise que permitisse dar resposta às questões formuladas, constituindo-se este capítulo como fundamental para a construção do suporte teórico do estudo realizado.

Assim, este capítulo inicia-se com uma breve abordagem do conceito de qualidade nos serviços. Em seguida, é analisada a evolução do modelo SERVQUAL, e as críticas que lhe são formuladas, terminando-se com o surgimento do instrumento SERVPERF.

2.2 O conceito de qualidade nos serviços

O conceito de qualidade é actualmente utilizado de uma forma abrangente e aplica-se praticamente a todos os sectores de actividade. A necessidade de os produtos ou serviços prestados serem de “qualidade” tornou-se, nitidamente, um imperativo de competitividade e de sobrevivência das organizações, tanto mais que a progressiva tomada de consciência dos seus direitos de cliente e de consumidor leva os indivíduos a salvaguardar e defender os seus direitos e a serem mais exigentes, em nome da qualidade.

A definição do conceito de qualidade é uma questão que diversos autores colocam há dezenas de anos.

Rocha (2006: 35) afirma que se deve aos americanos “... *Deming* [1986], *Juran* [1979] e *Feigenbaum* [1983] o desenvolvimento do controlo da qualidade e da gestão da qualidade”, apelidando-os de “*Fundadores da Qualidade*”. De seguida, serão analisados cada um dos autores mencionados, salientando-se como os mesmos contribuíram para o apuramento do conceito e a perspectiva que defendem em relação a como a qualidade pode ser posta em prática nas organizações.

▪ **W. Edwards Deming**

Segundo Rocha (2006: 35), Deming “*é visto como o pai da moderna revolução da qualidade*” e, deste modo, poderá ser considerado uma figura mítica, no que diz respeito à qualidade. Deming defendia uma abordagem quantitativa e sistemática para a melhoria contínua, no âmbito da qual desenvolveu o ciclo PDCA – Plan, Do, Check, Act – ou seja, Planear, Executar, Verificar e Agir.

Na perspectiva de Deming (1986), as empresas deveriam tentar evitar o que ele denominou por “7 Pecados Mortais” relacionados com práticas de gestão prejudiciais ao objectivo de se atingir a qualidade:

1. Falta de consistência no planeamento;
2. Focalização dos lucros a curto prazo;
3. Ênfase demasiado nas avaliações de desempenho;
4. Movimento regular de gestores sobre tarefas, quer dentro ou fora das organizações;
5. Demasiada importância dada aos números visíveis, desprezando outros aspectos menos tangíveis da organização;
6. Custos de saúde excessivos suportados pela empresa;
7. Custos judiciais excessivos.

Com o intuito de obter a “cura” para estes pecados, o autor propõe 14 princípios para a transformação, os quais se apresentam no quadro 2.1., como um processo de obtenção de qualidade, tendo igualmente em vista “*a cimentação do caminho para o sucesso da melhoria dos programas de qualidade*” (António e Teixeira, 2007: 73).

Deste modo, é possível afirmar que Deming assenta o seu contributo para a qualidade em duas premissas principais. A primeira é que a qualidade tem de ser vista pela óptica da satisfação dos clientes, uma vez que se pretende que os produtos se adequem a quem os adquire e não o contrário. A segunda é que é impossível definir a qualidade de um produto ou serviço como sendo apenas uma característica, uma vez que este conceito apresenta um vasto número de definições e dimensões.

14 Princípios para a Transformação

1. Criar uma visão consistente em ordem a melhorar o produto ou serviço.
 2. Ganhar consciência das mudanças da nova economia e adoptar a nova filosofia.
 3. Terminar com a dependência da inspecção como instrumento de qualidade.
 4. Parar de considerar o negócio na base do preço.
 5. Melhorar de forma constante e contínua o sistema de produção e os serviços.
 6. Promover o treino e formação no trabalho.
 7. Insistir na liderança.
 8. Não liderar com base no medo.
 9. Quebrar as barreiras entre departamentos.
 10. Eliminar slogans e exortações com base na imposição de metas.
 11. Abandonar a gestão por objectivos com base em indicadores quantitativos.
 12. Não classificar o desempenho dos trabalhadores com base no ranking.
 13. Institucionalizar um programa rigoroso de educação e desenvolvimento.
 14. Conseguir que toda a gente na organização se empenhe na mudança.
-

Quadro 2.1. Catorze Princípios para a Transformação, segundo Deming (1986: 23-24).

Fonte: Deming (1986), pp. 23-24

▪ **Joseph M. Juran**

Segundo a perspectiva de Juran, a qualidade deve ser entendida como aptidão para o uso, facto que salienta a confiança que um produto ou serviço deve possuir junto dos seus consumidores, considerando que o controlo da qualidade não passa de parte integrante do controlo de gestão.

Juran (1979) desenvolveu uma trilogia que considera resumir o processo de melhoria da qualidade:

1. Planeamento da Qualidade, actividade que procura desenvolver processos e produtos necessários com o intuito de satisfazer as necessidades dos consumidores;
2. Controlo da Qualidade, condição aplicada para garantir que a produção satisfaz o planeado;

3. Melhoria da Qualidade, que se destina a alcançar os melhores níveis de qualidade possíveis.

Em suma, Juran encara a qualidade como um processo por passos em que cada passo pode afectar o próximo, e assim sucessivamente, aspecto que se consubstancia na sua trilogia.

▪ **Armand V. Feigenbaum**

Enquanto que Rocha (2006) vê Deming como “*o pai da moderna revolução de qualidade*”, considera Feigenbaum como “*o pai do controlo da qualidade total*”.

Feigenbaum (1983) define qualidade a partir de uma abordagem de valor, ou seja, na sua perspectiva, o melhor para a utilização do consumidor, ao preço de venda justo. Vê o controlo de qualidade não só como um assunto técnico, mas como um método de gestão e defende os benefícios da manutenção preventiva. Para ele, a qualidade é, simplesmente, uma forma de gerir uma organização empresarial e necessita de uma orientação para o cliente.

Este autor defende, igualmente, um conjunto de objectivos para a qualidade total, os quais podem ser visualizados no quadro 2.2.

Denota-se, no mesmo, uma forte orientação para os aspectos financeiros da gestão da qualidade, o que é não é de estranhar uma vez que Feigenbaum é conhecido pela tentativa de quantificar o custo da qualidade. De facto, e de acordo com António e Teixeira (2007: 57), “*a sua contribuição mais importante foi a recomendação para categorizar e gerir os custos em separado*”, identificando quatro diferentes categorias de custos:

- Custos de prevenção, que se destinam a evitar que produtos ou serviços defeituosos sejam introduzidos no sistema, introduzindo-lhes qualidade;
- Custos de avaliação, como a inspecção e o controlo de qualidade;
- Custos de falhas internas, nomeadamente custos com defeitos ou reparações;
- Custos de falhas externas, relacionadas com custos de garantias, reclamações.

De uma maneira geral, pode afirmar-se que, apesar de estes autores apresentarem aproximações distintas ao mesmo conceito, sobrepõe-se o facto de admitirem que a qualidade tem como principal missão proporcionar a satisfação e o bem-estar dos

clientes e possuir como princípios a melhoria constante, a inovação e a eficiência na utilização dos recursos na empresa.

Objectivos da Qualidade Total

1. A qualidade é um processo que diz respeito a toda a organização.
 2. Qualidade é o que o cliente pensa ser.
 3. Qualidade e custo são uma soma, não uma diferença.
 4. A qualidade requer o envolvimento individual e de equipa.
 5. A qualidade é uma forma de gerir.
 6. Qualidade e inovação são mutuamente dependentes.
 7. A qualidade é uma ética.
 8. A qualidade requer melhoria contínua.
 9. A qualidade é o melhor caminho para a produtividade.
 10. A qualidade é implementada num sistema em que se deve ter em conta os fornecedores e os consumidores.
-

Quadro 2.2. Objectivos da Qualidade Total, segundo Feigenbaum (1983).

Fonte: Feigenbaum (1983)

2.3 Qualidade nos serviços vs. Qualidade nos bens

Falar de qualidade quando se trata de produtos tangíveis parece relativamente evidente. No entanto, *“a medida da qualidade dos serviços é muito complexa, já que não se trata de acções ou comportamentos, mas sim de como os clientes percebem ou interpretam essas acções e comportamentos”* (Rocha, 2006: 49).

Pinto (2003) acentua também esta dificuldade de avaliação da qualidade dos serviços e corrobora com Grönroos (2000: 71) o facto de os clientes avaliarem *“a qualidade do serviço relativamente a uma série de atributos que podem ser categorizados numa de duas dimensões: a dimensão técnica, relacionada com o resultado do serviço, e a dimensão funcional, relacionada com o processo”*. De acordo com Pinto (2003), a dimensão técnica da qualidade passa por perceber a interacção que os clientes desenvolvem com a empresa quando entram em contacto com a mesma; a dimensão funcional da qualidade está relacionada com a forma como o serviço é prestado e, consequentemente, experimentado e recebido pelo cliente.

Já Parasuraman *et al.* (1985 e 1988), referem que o conceito de qualidade sempre foi considerado como sendo vago e indeterminado. Estes autores defendem, igualmente, que, ao contrário dos bens de qualidade, que podem ser medidos objectivamente por alguns indicadores como a durabilidade e o número de defeitos (Crosby 1979; Garvin 1983), um serviço de qualidade é um conceito abstracto e ilusório. Enquanto a qualidade, medida nos bens tangíveis, consegue ser descrita e percebida pelos *marketeers*, a qualidade nos serviços é um conceito largamente indefinido e dúbio.

Considera-se, assim, que o conhecimento sobre bens de qualidade não é suficiente para compreender a qualidade dos serviços. Segundo Parasuraman *et al.* (1985), existem três características bem assentes sobre os serviços que é necessário ter em conta quando se pretende entender o significado de um serviço de qualidade. São elas a intangibilidade¹, ou seja, a “*característica do que não é perceptível pelo tacto*”, a heterogeneidade², ou seja, a “*qualidade daquilo que é composto por elementos, coisas ou partes de natureza diferente*”, e a inseparabilidade³, ou seja, a “*qualidade do que não se pode separar, do que é inerente*”.

Intangibilidade porque, segundo os mesmos autores, a maioria dos serviços não podem ser contabilizados, medidos, inventariados, testados e verificados com antecedência para garantir a qualidade de venda. Devido a esta característica, uma empresa pode ter dificuldade em compreender como os consumidores percebem os seus serviços e avaliar a sua qualidade, até porque o cliente não vê nem toca no serviço, o que acaba por dificultar a avaliação do mesmo.

Heterogeneidade, já que, muitas vezes, o desempenho da empresa varia em função do cliente, do fornecedor e até do tempo. A consistência do comportamento dos funcionários é geralmente difícil de assegurar, pois a mensagem que a empresa pretende transmitir poderá ser completamente diferente daquela que o cliente recebe, devido à conduta daqueles (Parasuraman *et al.*, 1985).

Inseparabilidade, devido ao facto de, de acordo com os mesmos autores, a produção e o consumo serem muitas vezes indivisíveis e do cliente poder participar no processo como co-produtor do serviço.

A discussão sobre o que é efectivamente um serviço de qualidade tem sido alimentada por diversos autores ao longo do tempo (Sasser *et al.*, 1978; Grönroos, 1982;

¹ *Vd. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, p. 2127 (2001)

² *Vd. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, p. 1974 (2001)

³ *Vd. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, p. 2116 (2001)

Lehtinen e Lehtinen, 1982; Lewis e Booms, 1983). Das investigações por eles conduzidas surgem três questões a ter em conta, subjacentes ao conceito de um serviço de qualidade, que são: (1) é mais difícil para o consumidor avaliar um serviço de qualidade que um bem de qualidade; (2) a percepção de um serviço de qualidade resulta da comparação das expectativas do consumidor com a actual performance do serviço e (3) as avaliações de qualidade não são feitas apenas sobre o resultado de um serviço, mas também envolvem avaliações do processo de entrega de serviços.

De um modo sucinto e esquemático, o quadro 2.3 procura enumerar as principais diferenças que existem entre a qualidade nos serviços e a qualidade nos produtos.

Produtos	Serviços
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tangíveis ▪ Homogéneos ▪ Produção e distribuição separadas do consumo ▪ Uma coisa ▪ Valor resultante da produção da fábrica e disponibilização ao cliente ▪ Os consumidores não participam, por regra, nos processos de produção ▪ Podem ser mantidos em stock ▪ Transferência de propriedade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intangíveis ▪ Heterogéneos ▪ Produção, distribuição e consumo constituem um processo simultâneo ▪ Uma actividade ou processo ▪ Valor resultante da interacção entre o vendedor e o comprador ▪ Os consumidores participam na produção ▪ Não podem ser mantidos em stock ▪ Não transferência de propriedade

Quadro 2.3. Diferenças entre Serviços e Produtos (Rocha, 2006: 26).

Fonte: Rocha (2006), p. 26

2.4 Medição da qualidade nos serviços

A medição da qualidade do serviço começou por ser estruturada por Parasuraman *et al.* (1985) através do Modelo Conceptual para a Qualidade do Serviço. Este baseava-se na comparação do desempenho percebido com um único padrão de expectativa. Na figura 2.1, apresenta-se o processo de apuramento da qualidade do serviço desse mesmo modelo, onde se identificam os principais aspectos que contribuem para a formação das expectativas dos clientes, assim como as principais discrepâncias (*gaps*) que podem ser geradas entre o ponto de vista do cliente e o do fornecedor.

Cliente

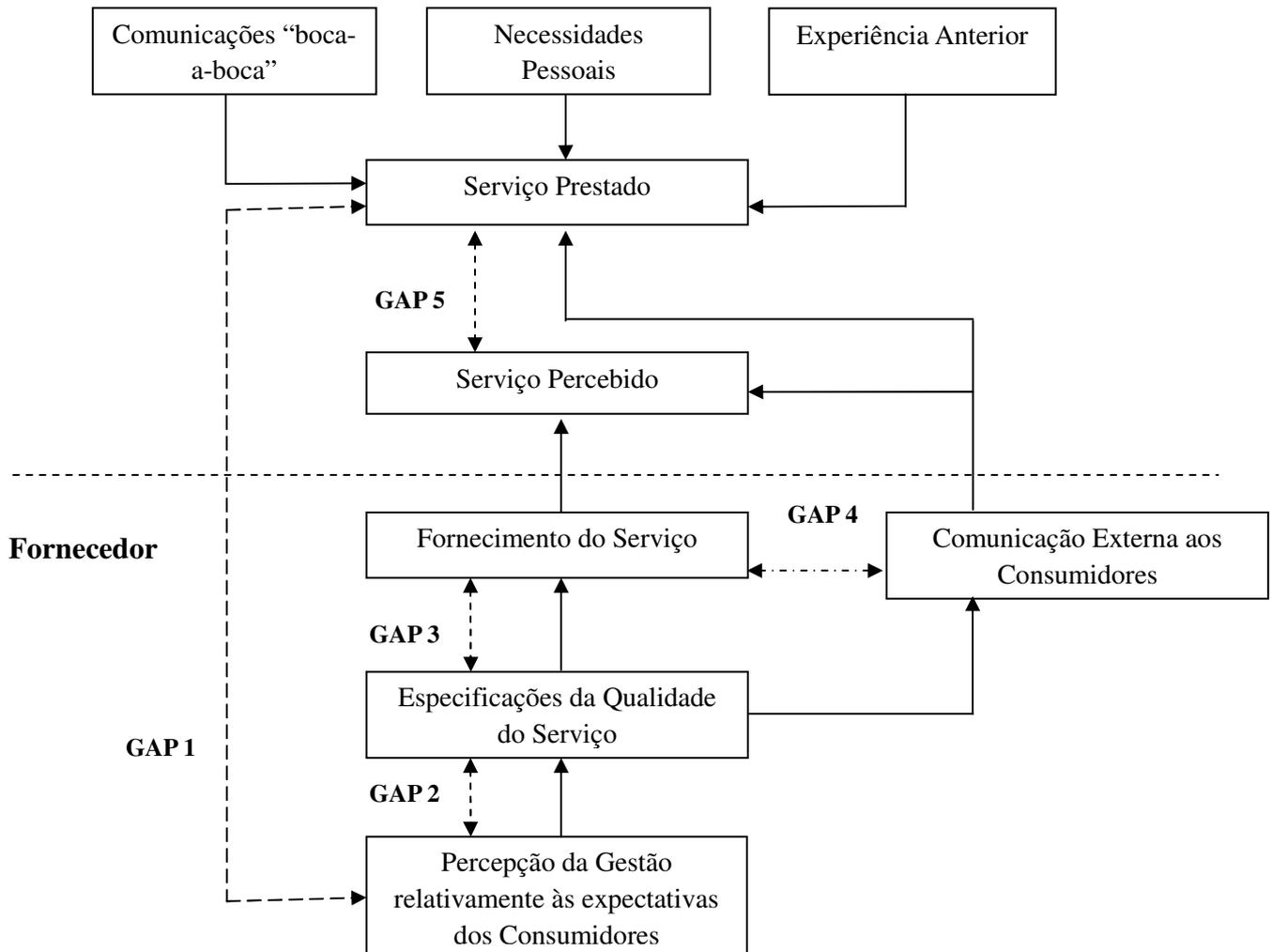


Figura 2.1. Modelo Conceptual para a Qualidade do Serviço de Parasuraman *et al.* 1985 (adaptado).

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1985)

Este modelo procura ilustrar a forma como o cliente avalia a qualidade do serviço e como a empresa, por sua vez, pode analisar a qualidade do serviço prestado, cruzando as influências das várias discrepâncias que podem ocorrer, evidenciadas pelos *gap*, ou seja, a diferença entre a expectativa e o desempenho em relação a uma característica específica.

O *gap 1*, tal como a figura 2.1 sugere, retrata a discrepância entre a percepção da empresa acerca da expectativa do consumidor e o serviço que efectivamente é prestado, percebido pelo cliente. O *gap 2* compreende a diferença entre a percepção da empresa relativamente às expectativas dos consumidores e a transformação destas em

especificações da qualidade do serviço. Já o *gap* 3, corresponde à disparidade entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente. Por sua vez, o *gap* 4, diz respeito à variação que ocorre entre a promessa realizada pelos meios de comunicação externa e o serviço que realmente é fornecido. Finalmente, o *gap* 5, refere-se à dissemelhança entre a expectativa do cliente relativamente ao serviço prestado e a sua percepção efectiva desse mesmo serviço.

A partir deste modelo, fica claro que o julgamento sobre a qualidade dos serviços depende da forma como os clientes percebem o desempenho efectivo do serviço, através das suas próprias expectativas.

2.5 Avaliação das dimensões da qualidade nos serviços

2.5.1 Origem das dimensões da qualidade

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry apresentaram um instrumento mais desenvolvido do que o apresentado na figura 2.1, assente numa proposta de escala multi-item, que designaram de SERVQUAL, que foram aperfeiçoando sucessivamente (1991, 1994), tendo sempre como base o princípio da comparação entre a expectativa do cliente sobre a qualidade de determinado serviço e a percepção sobre a prestação desse mesmo serviço.

O referido modelo começou por conter 10 dimensões potenciais, determinantes da qualidade do serviço: Tangibilidade, Confiança, Capacidade de resposta, Comunicação, Credibilidade, Segurança, Competência, Cortesia, Conhecimento/Compreensão do cliente e Acesso, contando com 97 itens, ou seja, aspectos parcelares dessas dimensões (aproximadamente 10 itens por dimensão).

O modelo inicial estava dividido em duas partes: uma para medir as expectativas sobre as empresas de serviços, em geral, e outra para medir as percepções, em particular. A operacionalização deste modelo foi desenvolvida em torno de um conjunto de questões avaliadas segundo uma escala de 7 pontos, a qual variava entre o “Discordo Plenamente” (1) e “Concordo Plenamente” (7), sendo que apenas os seus extremos estavam legendados.

Os mesmos autores (Parasuraman *et al.*, 1988) aplicaram o primeiro questionário, com os 97 itens, a um grupo de 200 adultos, maiores de 25 anos, recrutados por uma empresa de estudos de mercado, num *shopping* de uma grande área metropolitana, no

Sudoeste dos Estados Unidos da América. A amostra foi dividida igualmente entre homens e mulheres e os inquiridos tinham que responder a cinco diferentes categorias de serviços, consideradas representativas do sector de serviços norte-americano – reparação e manutenção de produtos (electrodomésticos), serviços bancários, telecomunicações de longa distância, mediação de valores mobiliários e operação de cartões de crédito. Para o estudo ser válido, os inquiridos tinham de ter usufruído do serviço em questão durante, pelo menos, três meses. O questionário era constituído por duas partes, sendo que a primeira continha os 97 itens que diziam respeito às expectativas, em que os entrevistados eram orientados a indicar o nível de serviço que deve ser oferecido por uma empresa dentro da categoria em questão. Na segunda parte, eram apresentados os mesmos 97 itens, devendo agora os inquiridos expressar as suas percepções sobre a mesma empresa.

O refinamento do SERVQUAL, realizado por Parasuraman *et al.* (1988), começou com a supressão de alguns itens, nomeadamente com a diminuição dos 97 itens para 54 mantendo-se, no entanto, as 10 dimensões iniciais. Estes itens foram removidos da matriz inicial porque, segundo os autores, tinham uma relação quase nula com os que se mantiveram. A eliminação de itens foi efectuada várias vezes, até que resultou em 34 itens, representados por 7 dimensões distintas.

Com estes 34 itens e as 7 dimensões, foi efectuado novo estudo, idêntico ao realizado anteriormente, mas desta vez na zona Este dos Estados Unidos da América. Verificou-se existirem ainda sobreposições entre algumas dimensões, o que fez com que o questionário sofresse um novo ajustamento. Este refinamento resultou em 22 itens, correspondentes a 5 dimensões, das quais três originais e duas combinadas: tangibilidade, confiança, capacidade de resposta, garantia e empatia. Em seguida, apresentam-se os conteúdos de cada uma destas dimensões, segundo Parasuraman *et al.* (1988).

Tangibilidade: Recursos físicos, equipamento e aparência dos funcionários;

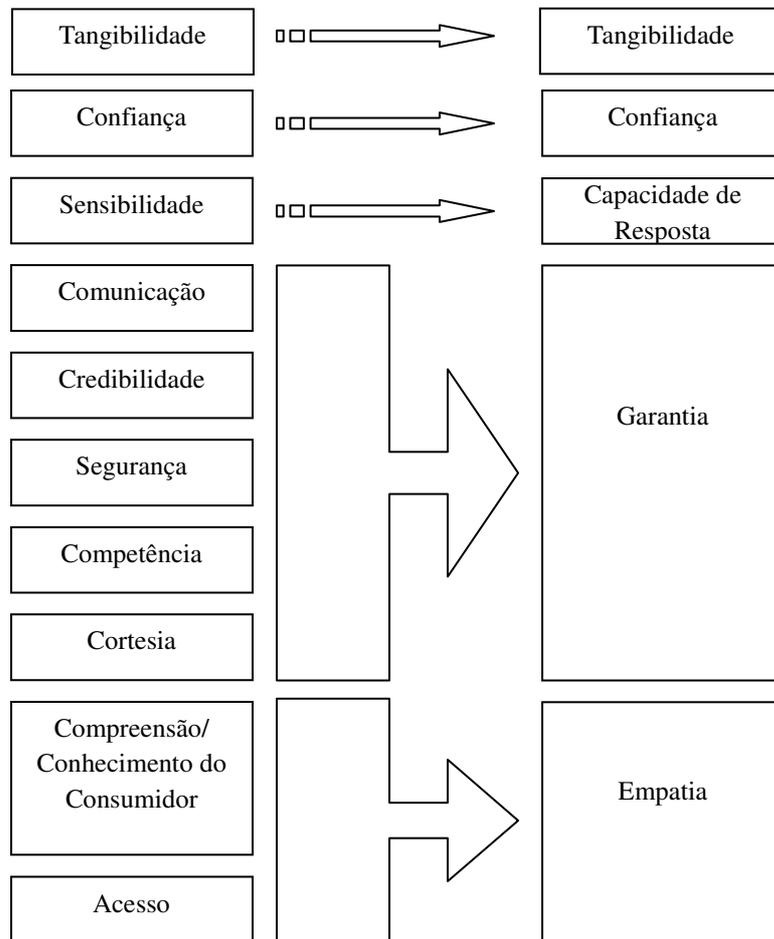
Confiança: Capacidade para desempenhar o serviço prometido de forma segura e precisa;

Capacidade de resposta: Vontade de ajudar os clientes e de fornecer um serviço atempado;

Garantia: Conhecimentos e cortesia dos empregados e a sua capacidade para inspirar confiança e segurança;

Empatia: Cuidado e atenção individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes.

O quadro 2.4. apresenta a consolidação das dez dimensões da qualidade em cinco dimensões.



Quadro 2.4. As dimensões da qualidade nos serviços segundo Parasuraman *et al.* (1988).

Fonte: Elaboração própria, a partir de Parasuraman, *et al.* (1988)

Segundo Parasuraman *et al.* (1988), as duas últimas dimensões (Garantia e Empatia) contêm itens representativos das 7 dimensões originais – Comunicação, Credibilidade, Segurança, Competência, Cortesia, Compreensão/Conhecimento do consumidor e Acesso – que acabam por não permanecer distintos após as duas etapas da escala de purificação que consistiram na recolha de dados e refinamento dos mesmos.

Assim, numa primeira fase, Parasuraman *et al.* focaram-se na condensação do questionário, mantendo apenas os elementos com uma boa capacidade de distinção

entre os inquiridos com diferentes percepções sobre a qualidade de diversas empresas em várias categorias e em examinar a dimensionalidade da escala e instituir a fiabilidade dos seus componentes. A segunda fase está essencialmente ligada à confirmação da natureza (do questionário) e envolveu a reavaliação da dimensionalidade e fiabilidade das escalas condensadas através da análise de novos dados de amostras independentes. Nesta fase, ocorreram ainda alguns aperfeiçoamentos à escala.

2.5.2 Metodologia do SERVQUAL

O questionário associado ao modelo SERVQUAL, tal como apresentado por Parasuraman *et al.*, em 1988, é composto por três partes. A primeira contém um total de 22 itens para avaliação das expectativas, sendo que a segunda parte é constituída pelos mesmos 22 itens mas, desta feita, relacionados com as percepções do cliente acerca de determinado serviço. Na terceira, é calculada a diferença entre as expectativas e as percepções. Independentemente do tipo de serviço ou indústria que está a ser avaliada, os 22 itens do referido questionário estão ainda divididos pelas 5 dimensões apresentadas no subcapítulo anterior (Tangibilidade, Confiança, Capacidade de Resposta, Garantia e Empatia). Há que ter em atenção que, consoante o sector de actividade em análise, cada uma das perguntas deverá ser ajustada ao modelo proposto inicialmente pelos autores.

As três partes do questionário podem sistematizar-se do modo seguinte:

1. Em primeiro lugar, é perguntado ao cliente como ele imagina a sua empresa ideal, relativamente a um determinado ramo de actividade;
2. Em seguida, o cliente é novamente questionado acerca do desempenho efectivo da empresa, em análise;
3. Finalmente, é apurada a diferença entre o serviço idealizado e o percebido.

A partir das respostas aos questionários deverá proceder-se à quantificação da qualidade do serviço. Tendo em conta que o SERVQUAL, como já foi referido, é um conjunto de vários itens que tem como objectivo medir as expectativas (E) dos clientes e as percepções (P) dos mesmos face ao serviço prestado, a qualidade (Q) resultará, portanto, da diferença entre (P) e (E), ou seja, $Q = P - E$. Deste modo, verificar-se-á um de três casos:

- a) Quando $(E) > (P)$, a qualidade percebida é menos do que satisfatória e terá a tendência, com o aumento da discrepância, de tomar uma direcção totalmente inaceitável;
- b) Quando $(E) = (P)$, a qualidade percebida é satisfatória;
- c) Quando $(E) < (P)$, a qualidade percebida é mais do que satisfatória e tenderá para a qualidade ideal, com o aumento da discrepância entre (E) e (P) .

Com base nos resultados da aplicação do questionário, as áreas que se destacam como sendo mais fracas poderão ser localizadas e corrigidas com o intuito de as fortalecer.

2.5.3 Críticas ao SERVQUAL

Desde a sua origem e ao longo dos últimos 20 anos, o SERVQUAL tem vindo a ser largamente utilizado na avaliação da qualidade de diferentes tipos de serviços, o que comprova o interesse que tem vindo a suscitar entre a comunidade científica. Neste contexto, são de referir alguns estudos realizados com a aplicação do questionário, intitulados “*Analyzing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model*” (Saleh, F. e Ryan. C., 1991) e “*Service quality of travel agents: the case of travel agents in Hong Kong*” (Lam, T., Zhang, H. Q., 1998).

Segundo Buttle (1996), apesar do seu crescimento, da sua popularidade e da sua vasta e ampla aplicação, o SERVQUAL tem sido alvo de várias críticas, quer conceptuais quer operacionais, que se encontram detalhadas em seguida.

1. Conceptuais:

A primeira objecção é de tipo paradigmático e aponta para que o SERVQUAL é baseado no paradigma da infirmação ou desconfirmação. Segundo este paradigma, a desconfirmação (não confirmação) da expectativa envolve dois processos, o primeiro dos quais consiste na formação da expectativa e o segundo na sua desconfirmação mediante a comparação do desempenho. Segundo o mesmo autor, o questionário deveria assentar no paradigma da atitude, pois a qualidade percebida é melhor conceptualizada como uma atitude.

Por outro lado, Buttle (1996) assinala que no modelo dos *gaps* de Parasuraman *et al.* (1985) é pouco evidente que o acesso dos consumidores a um serviço de qualidade seja medido pela diferença entre as percepções (P) e as expectativas (E), ou seja, (P-E), uma vez que os clientes utilizam outros padrões para avaliar a qualidade de um serviço que não apenas as expectativas.

Uma terceira crítica, apontada pelo autor, reside na ideia de que o SERVQUAL está focado apenas no processo de satisfação do cliente e não no resultado final, ou seja, apenas contabiliza a qualidade do serviço prestado ao cliente e não se o objectivo final foi alcançado com sucesso.

Ainda no que se refere à dimensionalidade, Buttle (1996) afirma que as cinco dimensões do SERVQUAL não são universais. Defende que o número de dimensões compreendidas na qualidade do serviço deverá ser adaptado ao tipo de serviço em questão, pois depende sempre do contexto em que o mesmo é aplicado.

2. Operacionais:

No domínio operacional, Buttle (1996) aponta como fragilidade o facto de os consumidores usarem vários conceitos *standard* associados ao de expectativa para avaliar a qualidade do serviço, quando o termo “expectativa” tem vários significados. Em consequência, o SERVQUAL, segundo o autor, falha na medição das expectativas absolutas da qualidade do serviço, ou seja, dá resultados relativos e não concretos/absolutos.

Uma outra crítica é dirigida à composição dos itens. O autor defende que quatro ou cinco itens não traduzem a variabilidade dentro de cada dimensão da amostra da qualidade do serviço, sendo necessário um maior número de itens para que o mesmo aconteça.

Buttle (1996) refere, ainda, que as avaliações que os consumidores fazem acerca da qualidade do serviço podem variar consoante o Momento da Verdade (MOT – *Moment of Truth*), ou seja, o momento em que as mesmas são efectuadas. Isto significa que esta medição também deve depender de outros factores, assim como o trabalho que os prestadores de serviços executam no momento em que cada cliente usufrui do mesmo, pois o conceito de rápido para uns pode não ser igual ao que outros clientes entendem por rapidez. Exemplo disso é, precisamente, o atendimento dos utentes num hospital ou dos clientes num hotel.

Outro aspecto questionado pelo mesmo autor é o de polaridade. Isto significa que existe uma contradição em certos itens do questionário e na maneira como os mesmos são apresentados, visto que não há clareza nas perguntas e, em alguns casos, a pergunta nega-se a si própria, facto que conduz à possibilidade de os inquiridos enviesarem as respostas.

Buttle (1996) assinala ainda que a escala de *Lickert*, de sete pontos, é imperfeita. Apoiando-se em Lewis (1993), refere que esta escala tem falta de definição verbal nos pontos entre 2 e 6. Este facto faz com que os respondentes tenham tendência a usar excessivamente os extremos da escala e sugere que isso possa ser evitado se cada ponto for delimitado.

O mesmo autor refere também que o facto de o questionário estar dividido em duas aplicações (expectativas e percepções) torna-o longo e exaustivo, o que pode causar tédio e confusão aos inquiridos. Esta situação pode pôr em risco a qualidade da informação obtida.

Finalmente, Buttle (1996) considera que o excesso de classificação de 1 a 7 na escala de *Lickert*, no SERVQUAL, dá origem a uma proporção decepcionante relativamente à variância extraída dos itens, uma vez que elevados desvios proporcionam um menor grau de certeza nos resultados obtidos.

Para além de Buttle (1996), outros autores criticam o SERVQUAL, como é o caso de Carman (1990). Este autor constata que alguns dos itens não assentam nos mesmos parâmetros quando comparados com diferentes serviços, chegando mesmo a apelidar o SERVQUAL de “esqueleto”, visto este poder ser aplicado a um vasto conjunto de organizações. Carman (1990) recomenda ainda a expansão dos itens em algumas dimensões, por questões de fiabilidade, defendendo que eles necessitam de ser moldados consoante o tipo de serviço em causa. Este autor afirma também que a delimitação proposta das cinco dimensões não é coerente quando submetida a uma análise transversal, uma vez que o questionário não deve ser aplicado nem interpretado da mesma forma, em diferentes tipos de serviços.

Cronin e Taylor (1992) também apontam algumas falhas ao SERVQUAL. Estes autores salientam a inadequação do questionário, tanto a nível conceptual como operacional e, tal como Buttle (1996), afirmam que a medição da percepção da qualidade do serviço está em conformidade com o paradigma da infirmação (e não com o da atitude, como seria o correcto). Defendem, ainda, que o conceito de serviço de

qualidade difere do de satisfação pois, segundo eles, a qualidade percebida do serviço é melhor conceptualizada como uma atitude.

2.6 SERVPERF como alternativa ao SERVQUAL

Embora Cronin e Taylor (1992; 1994) considerem que os 22 itens se adequam ao domínio da qualidade do serviço, propõem uma alternativa à escala do SERVQUAL e à análise da relação entre um serviço de qualidade, a satisfação do consumidor e a intenção de compra. Este instrumento é designado por SERVPERF e apenas tem em conta as percepções dos utilizadores em relação ao desempenho da organização, para medir a qualidade do serviço. Nesta óptica, a qualidade do serviço surge em função do desempenho, segundo a percepção do cliente.

A distinção entre estes dois instrumentos tem grande importância, pois as empresas têm interesse em saber qual o seu principal objectivo e, posteriormente, focar-se nele. Isto significa que necessitam de saber se é preferível ter clientes que estão satisfeitos com o desempenho da empresa ou se é mais vantajoso fornecer serviços com um nível máximo de qualidade percebida.

Para justificar o seu modelo, Cronin e Taylor (1992) ressaltam que a qualidade é entendida mais como uma atitude do cliente em relação às dimensões da qualidade e que não deve ser medida de acordo com o Modelo Conceptual para a Qualidade do Serviço apresentado por Parasuraman *et al.* (1988). Isto significa que o SERVPERF não deverá medir a diferença entre as expectativas e as percepções, mas apenas a percepção do desempenho.

Cronin e Taylor (1992) salientam, ainda, que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente e que essa satisfação tem um efeito significativo na intenção de compra. Segundo os mesmos autores, a qualidade dos serviços tem uma menor influência nas intenções de compra do que a própria satisfação do cliente, o que significa que o resultado (desempenho representado pela satisfação) é o que realmente importa.

Relativamente ao SERVPERF, proposto por Cronin e Taylor (1992), os autores apresentam-no como uma alternativa ao SERVQUAL, considerando que os 22 itens que integram as dimensões da qualidade de um serviço, apresentadas anteriormente por Parasuraman *et al.* (1988), estão suficientemente fundamentados.

Para testar este novo instrumento, Cronin e Taylor (1992), aplicaram quatro séries de questões em empresas de serviços, tal como os criadores do SERVQUAL fizeram, compreendendo os mesmos itens que os primeiros. A análise dos resultados que obtiveram permitiu-lhes concluir que o instrumento SERVPERF é mais sensível a retratar as variações da qualidade em relação às outras escalas testadas, tendo por base a utilização do teste estatístico do qui-quadrado e do coeficiente de determinação da regressão linear dos dados. Através deste estudo, puderam ainda concluir que a qualidade do serviço conduz à satisfação do cliente, existindo uma relação de causalidade entre a qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes.

2.7 Conclusões

O conceito de qualidade tem vindo a ser estudado por diversos autores, de que se destacam os contributos de Deming (1986), Juran (1979) e Feigenbaum (1983) para o desenvolvimento do controlo e da gestão da qualidade.

Por sua vez, Grönroos (1982) e Parasuraman *et al.* (1985, 1988), entre outros, centraram as atenções dos seus estudos na discussão do que é, efectivamente, um serviço de qualidade, tendo Parasuraman *et al.* (1988) proposto um instrumento destinado a medir as dimensões da qualidade do serviço que designaram de SERVQUAL.

O SERVQUAL teve grande impacto aquando do seu surgimento. No entanto, com o decorrer do tempo e com o refinamento dos instrumentos de avaliação, tem-se verificado que alguns aspectos carecem de maior clarificação.

Procurando centrar a avaliação da qualidade do serviço directamente na percepção do cliente, Cronin e Taylor (1992) operacionalizaram uma evolução do SERVQUAL, para o SERVPERF, utilizado na presente investigação, que apresenta diversas vantagens, nomeadamente para situações de estudo de caso, de que se salienta a redução do número de questões a serem respondidas pelos entrevistados, simplificando substancialmente a operacionalização da pesquisa e evitando a desmotivação do inquirido, que um instrumento extenso provocaria.

Capítulo III – Metodologia

3.1 Introdução

Este capítulo pretende apresentar as opções metodológicas em que a investigação se baseia. Depois de realizada a pesquisa teórica, é agora necessário fundamentar, com base nos objectivos definidos, as opções tomadas ao nível da investigação e metodologia a aplicar.

Nesta fase, importa destacar as palavras de Quivy e Campenhoudt (1992: 22-23), quando referem que toda a investigação deve *“responder a alguns princípios estáveis e idênticos, ainda que vários percursos diferentes conduzam ao conhecimento científico”*, assim como *“descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação”*.

Com o intuito de garantir com consistência estes princípios, o capítulo inicia-se com a identificação dos objectivos de investigação, seguindo-se uma apresentação do contexto em que esta se desenvolve. O processo de amostragem, bem como de tratamento e análise dos dados, são desenvolvidos posteriormente, terminando o capítulo com uma referência à validade de construção do presente estudo.

3.2 Objectivos da investigação

Tal como foi referido no primeiro capítulo, o objectivo global desta investigação é avaliar a qualidade do serviço prestado por um hospital, na óptica das suas utentes, e identificar formas de incrementar a qualidade percebida.

Deste objectivo global decorrem vários objectivos de investigação:

- Identificar quais as dimensões da qualidade que apresentam maior grau de satisfação para as clientes do serviço de saúde;
- Identificar quais os aspectos que incrementam e quais os que penalizam mais a qualidade percebida pelas utentes do serviço de saúde, em relação a cada dimensão da qualidade do serviço;

- Identificar diferenças de percepção de qualidade do serviço prestado que possam provir da faixa etária, grau de escolaridade ou distância da residência da utente até ao serviço de saúde;
- Averiguar se a imagem que as utentes têm do serviço de saúde coincide com a missão desse mesmo serviço;
- Identificar medidas que possam incrementar a satisfação das utentes do serviço de saúde.

O conceito de investigação é referido por Tuckman (2000: 5) como “*uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões*”. Quivy e Campenhoudt (1992: 29) defendem que “*uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, os desvios e as incertezas que isto implica*”. Para Hill e Hill (2005: 19), investigação é o momento “*em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar*”.

É neste contexto, de procura de respostas e conhecimento, assim como da possibilidade de alcançar os objectivos definidos, que se desenrola esta investigação.

3.3 Desenvolvimento da investigação

Este subcapítulo aborda o contexto onde a investigação se realiza, identificando-se o universo dos sujeitos em questão e a fundamentação do processo de recolha de dados.

3.3.1 Estudo de caso

De acordo com os objectivos da investigação, verificou-se que a metodologia a aplicar seria do tipo quantitativo e a estratégia, o estudo de caso.

A estratégia de estudo de caso aplica-se nesta pesquisa pois, segundo Yin, (2005: 19) esta é a mais adequada “*quando o pesquisador tem pouco controlo sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real*”. O mesmo autor afirma, ainda, que “*o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos (...)*”.

Yin (2005) menciona vários tipos de estudo de caso. Estes podem ser exploratório, descritivo e explanatório. De acordo com a categorização apontada pelo autor, pode-se considerar que esta investigação é do tipo descritivo uma vez que se pretende “*descrever a incidência ou predominância de um fenómeno*” (Yin, 2005: 25), ou seja, a qualidade do serviço prestado às utentes do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Cova Beira, nomeadamente no Hospital Pêro da Covilhã.

3.3.2 Locais de estudo

O estudo de caso pode incluir dois tipos de variantes: estudos de caso único e estudos de caso múltiplos (Yin, 2005). Na primeira situação, a pesquisa realiza-se apenas num determinado contexto, enquanto que, na segunda, a pesquisa é realizada em pelo menos dois contextos diferentes (Yin, 2005). Na presente investigação, é efectuado um estudo de caso único, uma vez que é analisado apenas um hospital.

Esta investigação decorre no Hospital Pêro da Covilhã, o qual, tal como o Hospital do Fundão, pertence ao Centro Hospitalar Cova da Beira, SA.

O Hospital Pêro da Covilhã é responsável pelos cuidados hospitalares da região da Cova da Beira, que abarca localidades dos concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor, abrangendo cerca de cem mil habitantes.

Entre as especialidades e serviços que o hospital tem, a pesquisa centra-se no serviço de obstetrícia.

3.3.3 Técnicas de recolha de dados

Depois de identificada a estratégia de investigação, há que proceder à recolha de dados. Esta é considerada por Quivy e Campenhoudt (1992: 185) como sendo uma “*operação que consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra*”.

Identifica-se o questionário como a técnica privilegiada de recolha de dados e enuncia-se de seguida, e de forma mais pormenorizada, em que consiste esta técnica, bem como a pertinência da mesma para atingir os objectivos da investigação.

3.3.3.1 Questionário

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992: 190), o questionário “*consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população⁴, uma série de perguntas relativas à situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores*”. O SERVPERF, questionário a aplicar na presente investigação, emerge neste contexto e encontra-se no Anexo 1, página 75 Este instrumento possibilita um enfoque nas percepções do cliente e permite o estabelecimento de nexos de causalidade que se espera poderem contribuir para sustentar a análise da qualidade do serviço prestado.

Assim, procede-se à aplicação directa do referido questionário às utentes do hospital, entendendo-se por administração directa o facto de ser o próprio inquirido que preenche o questionário (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Este método de recolha de dados, segundo os mesmos autores, tem como principais objectivos o facto de ser possível conhecer-se uma população e analisar-se um fenómeno social que se entende poder ser melhor apreendido através da recolha de informações sobre os indivíduos da população em estudo. Os autores referem, ainda, que as principais vantagens desta técnica são a capacidade de quantificar uma grande diversidade de dados e, por consequência, ser possível efectuar um grande número de análises de correlação. Uma outra vantagem, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), tem a ver com a representatividade dos inquiridos, uma vez que esta técnica permite que esta condição seja satisfeita, apesar de a mesma nunca ser absoluta, visto estar limitada por uma margem de erro.

3.4 Processo de Amostragem

Na impossibilidade de estudar a totalidade da população que interessa para a pesquisa em questão, em que se entende totalidade como todas as mulheres que tiveram bebés durante o ano de 2008 no serviço de obstetrícia do Hospital Pêro da Covilhã, será utilizada uma amostra dessa população, obtida entre utentes daquele serviço, durante o

⁴ Quivy e Campenhoudt (1992: 162) definem população, de um modo lato, como “*o conjunto de elementos constituintes de um todo*”. Reis *et al.* (1999: 19) referem-se a população como o “*conjunto de unidades com características comuns*”.

período de Outubro a Dezembro de 2008. Segundo Reis *et al.* (2001: 22), uma amostra é um “*subconjunto do universo ou população*” e denomina-se de amostragem “*a obtenção de informação sobre parte de uma população*”.

A dimensão da amostra é calculada com base na seguinte fórmula de cálculo⁵:

$$n = \frac{N\hat{p}\hat{q}}{N\frac{B^2}{Z^2} + \hat{p}\hat{q}} \quad (\text{Vicente } et al., 1996: 89).$$

Toma-se como população para o ano de 2007 o número de nados-vivos no Hospital Pêro da Covilhã, durante esse ano, que é de 657, assumindo-se que para o ano de 2008 este número seria idêntico. Para um intervalo de confiança de 95% e admitindo um erro de 10%, conclui-se que a dimensão da amostra deverá ser de 84 pacientes, com o intuito de obter uma amostra representativa da população.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados recolhidos serão tratados em função das variáveis independentes Idade, Grau de Escolaridade e Distância da residência ao hospital, apresentadas no quadro 3.1., a partir das quais se formularam as hipóteses apresentadas no Capítulo I.

Com o intuito de facilitar a leitura e interpretação da informação recolhida nos questionários, as variáveis independentes são apresentadas em categorias, o que permite constatar factos, formular deduções, conclusões e recomendações (Bodgan e Biklen, 1994).

Em seguida, é efectuado o tratamento dos dados relativamente a cada dimensão da qualidade, através do cálculo da média e do desvio padrão, com o intuito de perceber qual ou quais as dimensões que mais e menos contribuem para a percepção da qualidade do serviço por parte das utentes.

⁵ Em que n = Dimensão da amostra; $Z = 1,96$ (Nível de confiança); $B = 10\%$ (Erro que estamos dispostos a ter nos nossos resultados); $\hat{p} = 0,5$ (estimador do parâmetro p); $N = 657$ (Dimensão da população) e $\hat{q} = 0,5$ tendo em conta que $\hat{q} = 1 - \hat{p}$. De acordo com os mesmos autores (Vicente *et al.*, 1996: 89), “*a estimativa para p pode ser obtida de estudos anteriores similares, mas na falta de tal informação pode tomar-se $\hat{p} = 0,5$ pois este valor maximiza a variância da população*”.

Variáveis Independentes

Categorias utilizadas	Idades	Grau de Escolaridade	Distância da residência ao hospital (em km)
	≤ 19	Sei ler e escrever	0 - 4
20 - 24	1º Ciclo do Ensino básico (4º Ano de escolaridade)	5 - 9	
25 - 29	2º Ciclo do Ensino básico (6º Ano de escolaridade)	10 - 14	
30 - 34	3º Ciclo do Ensino básico (9º Ano de escolaridade)	15 - 19	
35 - 39	Ensino Secundário (12º Ano de escolaridade)	20 - 24	
≥ 40	Licenciatura	25 - 29	
	Mestrado	≥ 30	
	Doutoramento		
	Outro – Qual?		

Quadro 3.1. Categorização das variáveis independentes.

Fonte: Elaboração própria

Para efectuar o tratamento dos dados relativos ao teste das hipóteses formuladas no primeiro capítulo, será utilizado um programa denominado SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) que Pestana e Gageiro (2005: 17) definem como “*um programa informático poderoso de apoio à estatística*”, direccionado para o tratamento estatístico de dados. Para Maroco (2007: 79), este *software* informático “*é, por tradição, o programa de eleição dos cientistas das ciências sociais*”.

Através da utilização do SPSS, serão realizados, neste estudo, primeiramente, os testes paramétricos. Deste modo, será necessário aplicar o teste de Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da população e o teste de Levene para averiguar a homogeneidade das variâncias. Estando perante uma população que cumpre os requisitos da normalidade, proceder-se-á à realização do teste da ANOVA one-way, com teste de Levene. No caso de não se estar perante distribuições normais, as variáveis em análise serão transformadas, de acordo com Maroco (2007) numa tentativa da sua normalização. Caso se conclua que a distribuição das variáveis transformadas não seguem uma distribuição normal, proceder-se-á à utilização de testes não paramétricos às variáveis originais, nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que constitui uma alternativa não paramétrica à ANOVA one-way (Maroco, 2007), a mais ajustada ao teste das hipóteses formuladas. De facto, segundo o mesmo autor, este teste tem como objectivo testar se duas ou mais amostras provêm da mesma população ou de

populações diferentes ou, ainda, testar se as medianas populacionais são iguais, facto que vai de encontro às hipóteses que foram previamente definidas no Capítulo I.

3.6 Validade

A questão da validade levanta, para Kirk e Miller (1986), citados por Lessard-Hébert *et al.* (1994: 68), o “*problema de saber se o investigador ‘observa realmente aquilo que pensa estar a observar’, isto é, se os dados ou medidas obtidos possuem valor de representação e se os fenómenos estão correctamente denominados, ou seja, se as variáveis que os identificam receberam as designações correctas*”.

A validade é analisada por Yin (2005: 55) em três tipos: de construção, interna e externa. Relativamente à primeira, o mesmo autor refere que consiste em “*estabelecer medidas operacionais correctas para os conceitos que estão sob estudo*”. No que diz respeito à validade interna, Yin (2005: 56) afirma que se baseia em “*estabelecer uma relação causal, por meio da qual são mostradas certas condições que levem a outras condições*”. O terceiro tipo de validade, a externa, segundo o mesmo autor, assenta no facto de “*estabelecer o domínio ao qual as descobertas de um estudo podem ser generalizadas*”.

Tendo em conta que o estudo será realizado apenas num serviço de saúde, não será possível garantir a sua validade externa. Para garantir a validade interna, irá aplicar-se o questionário SERVPERF, estando a validade de construção garantida através das opções, devidamente justificadas, que foram descritas ao longo deste capítulo.

Capítulo IV – Análise e Discussão dos Resultados

4.1 Introdução

Neste capítulo, apresentam-se os resultados empíricos relativos à investigação realizada, procedendo-se à caracterização da amostra e à avaliação global e individual das dimensões da qualidade.

Deste modo, pretende-se testar as hipóteses formuladas no Capítulo I através da metodologia apresentada no Capítulo III, sendo a interpretação efectuada à luz do contexto do hospital em análise.

4.2 Caracterização do caso de estudo

Este estudo de caso é realizado no Centro Hospitalar Cova da Beira, SA o qual, tal como foi referido no capítulo anterior, integra o Hospital Pêro da Covilhã (na cidade da Covilhã) e o Hospital do Fundão. Este representa a estrutura responsável pelos cuidados hospitalares na região da Cova da Beira, abrangendo uma população de cerca de cem mil habitantes dos concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor.

O Centro Hospitalar Cova da Beira enuncia através do seu site (<http://www.-chcbeira.min-saude.pt/Hospital/>) que a missão do hospital consiste em “*identificar as necessidades em saúde da população do concelho e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior*”. Deste modo, o “*Centro Hospitalar Cova da Beira assume-se como uma Unidade Hospitalar moderna e inovadora, preocupada com o desenvolvimento de projectos que permitam o cumprimento da sua missão, que contempla, entre outros objectivos, a prestação de cuidados de saúde efectivos, eficientes e de qualidade à população*”, segundo o mesmo site.

Ainda de acordo com a mesma fonte de informação, o hospital tem apostado também na qualidade, afirmando que “*A Qualidade é um desafio que o Centro Hospitalar*

abraçou, com o propósito de assegurar aos seus utentes o acesso a cuidados de saúde de qualidade, salvaguardando, em simultâneo, a sua actuação num quadro de eficiência e de eficácia”. (...) “Este compromisso que o Centro Hospitalar assume com a Qualidade pretende incentivar a criação de uma Cultura da Qualidade orientada para o utente, assente num espírito de equipa e cooperação entre os colaboradores, cujo contributo é indispensável e insubstituível, neste desafio da Melhoria da Qualidade e Excelência que se pretende alcançar”.

4.3 Caracterização da amostra

Como foi referido no terceiro capítulo, o questionário foi aplicado no serviço de Obstetrícia no Hospital Pêro da Covilhã, contando com uma amostra potencial de 84 mulheres respondentes.

A construção da amostra dos inquiridos assenta apenas num critério, definido por razões temporais, que se prendem com a realização do estudo: respondem ao questionário mulheres que tiveram filhos no Hospital Pêro da Covilhã entre os meses de Outubro a Dezembro de 2008. Trata-se, assim, de uma amostra não aleatória ou conveniente, seleccionada a partir da limitação temporal que este estudo impôs. (Maroco, 2007).

Porém, apenas se consideraram as respostas úteis (não nulas e válidas) dadas aquando do preenchimento do inquérito. A amostra efectiva acaba por ser uma sub-amostra da amostra potencial, uma vez que só contam para a investigação e tratamento de dados os questionários que se encontrarem correctamente preenchidos que, neste caso, são 81, número que corresponde a 98,8% da amostra potencial.

Procurou-se estudar a população, tendo em conta três variáveis independentes: Idade, Grau de escolaridade e Distância da residência da utente à maternidade, em quilómetros.

4.3.1 Idade

No que respeita à variável independente “Idade”, esta foi analisada em função de seis intervalos de idade. A distribuição da percentagem das respostas por estes intervalos é a que se apresenta no gráfico 4.1.

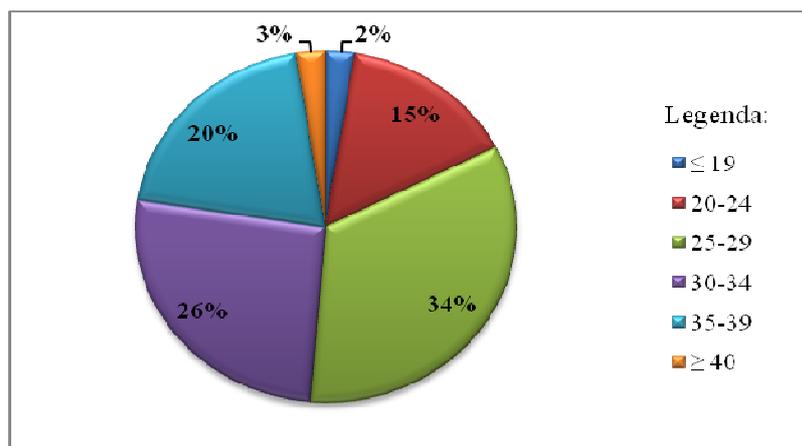


Gráfico 4.1. Percentagem de observações por intervalo de idade.

Fonte: Elaboração própria

Verifica-se que a amostra se distribui maioritariamente por quatro grupos, em que o intervalo que apresenta maior percentagem é o que se situa entre os 25-29 anos. Seguem-se os intervalos entre os 30-34 anos, 35-39 anos e 20-24 anos. Relativamente aos intervalos ≤ 19 e ≥ 40 , o gráfico salienta que os questionários provenientes de utentes nestes intervalos etários são em percentagem muito reduzida.

4.3.2 Grau de Escolaridade

A variável independente “Grau de Escolaridade” foi inquirida em função de nove categorias, cujo tratamento de dados reduziu a 5, em virtude de nenhuma das inquiridas se enquadrar nas categorias “Sei ler e escrever”, “1º Ciclo do Ensino básico (4º Ano de escolaridade)”, “Doutoramento” e “Outro”.

A distribuição da percentagem das respostas é a que se apresenta no gráfico 4.2.

A partir do gráfico 4.2., observa-se que uma grande parte da amostra inquirida possui o 12º ano de escolaridade (aproximadamente 40%). Os intervalos relativos ao 9º ano de escolaridade e Licenciatura apresentam valores relativamente idênticos (21% e 23%, respectivamente), sendo que o grau de Mestrado é o intervalo que apresenta o menor valor (3%).

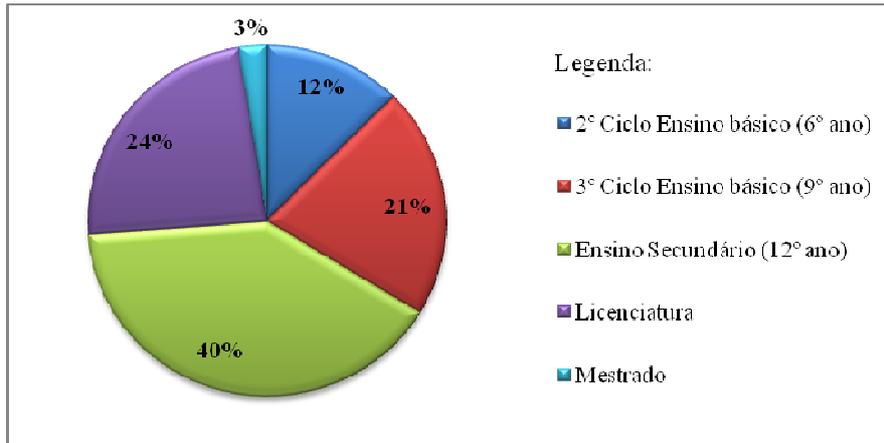


Gráfico 4.2. Percentagem de observações por intervalos relativos ao grau de escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

4.3.3 Distância ao serviço de saúde

Relativamente à variável independente “Distância ao serviço de saúde”, esta foi observada em função de sete categorias. A distribuição da percentagem das respostas por estes intervalos é a que se apresenta no gráfico 4.3.

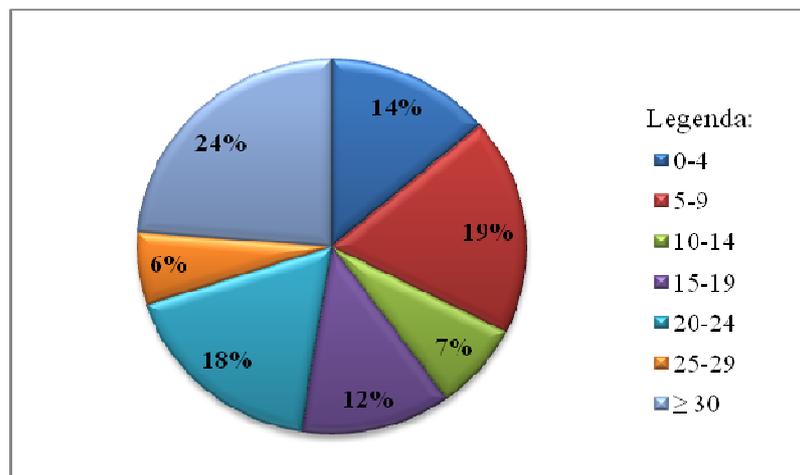


Gráfico 4.3. Percentagem de observações por intervalo de distância, em quilómetros.

Fonte: Elaboração própria

No gráfico 4.3., verifica-se que a amostra se reparte de forma diferenciada no que diz respeito à variável distância, uma vez que os valores estão bastante divididos pelos

intervalos. De notar que o intervalo ≥ 30 km reúne a maior percentagem de inquiridas. Os que apresentam percentagens mais baixas são os que se situam em 25-29 km e 10-14 km.

4.4 Avaliação global das dimensões da qualidade

No sentido de avaliar as dimensões da qualidade em que há uma percepção da qualidade mais elevada, foi efectuado o cálculo da média e do desvio padrão de cada uma das dimensões da qualidade – Tangibilidade, Confiança, Capacidade de Resposta, Garantia e Empatia –, conceitos já definidos no Capítulo II.

A tabela 4.1. apresenta, de uma forma mais sistemática e comparativa, os resultados dos cálculos em questão.

A apreciação dos resultados faz ressaltar que é a dimensão Garantia que apresenta uma média mais elevada (6,34) e, por conseguinte, a que mais contribui para a percepção da satisfação global das utentes. É de salientar, igualmente, que é nesta dimensão que há maior concordância entre as utentes, representada por um menor desvio padrão. Assim, é possível afirmar que se confirma a hipótese H1.4.

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Tangibilidade	5,84	0,876704
Confiança	5,96	0,845298
Capacidade de Resposta	5,94	0,866928
Garantia	6,34	0,672472
Empatia	5,91	0,872512

Tabela 4.1. Resultado da média e desvio padrão por dimensão da qualidade.

Fonte: Elaboração própria

Em contrapartida, é a Tangibilidade, com uma média de 5,84, que obtém uma média mais baixa, sendo a dimensão cuja qualidade percebida é mais baixa. Deste modo, é possível confirmar a hipótese H1.6.

4.5 Avaliação individual de cada dimensão da qualidade

Além da análise global de cada dimensão, foi igualmente efectuado o cálculo da média e do desvio padrão para cada item (variável dependente) contido em cada uma das dimensões. Este cálculo facultou a possibilidade de se conseguir apurar qual o item

que contribui em maior ou menor valor para as diferentes médias e os respectivos desvios padrão.

4.5.1 Tangibilidade

A tabela 4.2. apresenta a média e o desvio padrão de cada variável dependente incluída na dimensão da Tangibilidade.

Variáveis Dependentes	Média	Desvio Padrão
P1. Equipamento moderno	5,51	1,16
P2. Instalações visualmente apelativas	5,51	1,27
P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	6,44	0,83
P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	5,88	0,99

Tabela 4.2. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à Tangibilidade, é a aparência impecável dos funcionários (P3.), com uma média de 6,44, que mais influencia positivamente a qualidade percebida das utentes sendo, inclusive, a que obtém maior consenso por parte das mesmas.

O equipamento moderno (P1.) e as instalações visualmente apelativas (P2.) são as que apresentam média mais baixa (5,51) e, por conseguinte, as que menos contribuem para a qualidade percebida desta dimensão. Contudo, analisado o desvio padrão, verifica-se que as instalações visualmente apelativas, apresentando um maior valor de desvio, são o que de facto menos contribui para essa percepção.

Com o intuito de perceber se existem diferenças de percepção do serviço prestado que estejam relacionadas com cada uma das variáveis independentes, foram elaboradas diferentes tabelas que esquematizam o resultado do cálculo da mediana de cada variável dependente relativamente a cada categoria referente à idade, grau de escolaridade e distância da residência até ao hospital.

A tabela 4.3. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Tangibilidade, por categorias de idade.

Variáveis Dependentes	Idade por Categorias					
	Mediana					
	1	2	3	4	5	6
P1. Equipamento moderno	4,5	5,5	6,0	6,0	6,0	5,5
P2. Instalações visualmente apelativas	4,0	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0
P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	6,5	7,0	7,0	7,0	6,5	5,0
P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	5,5

Tabela 4.3. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Idade.

Fonte: Elaboração própria

A partir da análise da tabela 4.3., é possível verificar que, relativamente à dimensão da Tangibilidade, é o item relativo à aparência impecável dos funcionários (P3.) que mais influencia positivamente a percepção das categorias de idade 2, 3 e 4 que corresponde aos intervalos 20-24, 25-29 e 30-34 anos e se situa no valor 7 da escala de *Lickert*. O equipamento moderno (P1.) e as instalações visualmente apelativas (P2.) são os itens que as categorias de idade mais baixas (≤ 19 anos) percebem como sendo de menor qualidade comparativa, com um valor de 4 e 4,5, respectivamente.

A tabela 4.4. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Tangibilidade, por categorias de grau de escolaridade.

Variáveis Dependentes	Grau de Escolaridade por Categorias								
	Mediana								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P1. Equipamento moderno	-	-	5,5	6,0	6,0	6,0	5,5	-	-
P2. Instalações visualmente apelativas	-	-	6,0	6,0	6,0	5,0	5,5	-	-
P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	-	-	7,0	7,0	7,0	7,0	6,0	-	-
P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	-	-	6,5	6,0	6,0	6,0	5,5	-	-

Legenda: “-“ - Categoria em que não se obteve qualquer tipo de resposta por parte das utentes.

Tabela 4.4. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 4.4. verifica-se que, de uma maneira geral, todas as categorias de escolaridade, à excepção das que não contêm utentes, percebem os aspectos relacionados com a aparência dos funcionários (P3.) como de maior qualidade

comparativa, assim como as instalações apelativas e ajustadas ao serviço prestado (P4.). No entanto, as utentes com maior grau de escolaridade, situadas na categoria 7, percebem como de menor qualidade comparativa os aspectos relacionados com o equipamento moderno (P1.) e as instalações visualmente apelativas e ajustadas ao serviço prestado (P4.), com um valor de 5,5.

A tabela 4.5. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Tangibilidade, por categorias de distância da residência da utente até ao hospital.

Variáveis Dependentes	Distância, em quilómetros, por Categorias						
	Mediana						
	1	2	3	4	5	6	7
P1. Equipamento moderno	6,0	5,0	5,5	5,0	5,0	6,0	6,0
P2. Instalações visualmente apelativas	6,0	5,0	5,0	5,5	5,0	7,0	6,0
P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	7,0	7,0	6,5	6,5	7,0	7,0	6,0
P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	6,0	5,0	6,0	6,0	6,0	6,5	6,0

Tabela 4.5. Média em cada variável dependente na dimensão Tangibilidade, por categoria da variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à variável distância, são as utentes que se encontram a menos quilómetros do hospital que percebem como sendo de maior qualidade comparativa o item da tangibilidade relacionado com a aparência impecável dos funcionários (P3.), assim como as que se situam a uma maior distância do hospital, nas categorias 5, 6 e 7 (20-24, 25-29 e ≥ 30 km).

4.5.2 Confiança

A tabela 4.6. apresenta a média e o desvio padrão de cada variável dependente incluída na dimensão da Confiança.

Variáveis Dependentes	Média	Desvio Padrão
P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	5,60	1,19
P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	6,23	0,84
P7. Serviço de confiança	6,17	0,89
P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	5,85	1,05
P9. Ausência de erros por parte da maternidade	5,97	0,98

Tabela 4.6. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Confiança.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à dimensão Confiança, é o interesse na resolução de problemas, com uma média igual a 6,23, que mais contribui para a qualidade percebida das utentes. Segue-se-lhe de perto o item serviço de confiança (média = 6,17). A ausência de erros por parte da maternidade (média = 5,97) e a disponibilidade do serviço no momento certo (média = 5,85) apresentam valores muito próximos.

O cumprimento das tarefas dentro do período de tempo estipulado, com uma média de 5,60, é o item a que as utentes percebem como menos satisfatório, comparativamente.

A tabela 4.7. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Confiança, por categorias de idade.

Variáveis Dependentes	Idade por Categorias					
	Mediana					
	1	2	3	4	5	6
P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	7,0	7,0	6,0	6,0	6,5	6,0
P7. Serviço de confiança	6,5	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	5,0
P9. Ausência de erros por parte da maternidade	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0

Tabela 4.7. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Idade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos dados da tabela 4.7., verifica-se que as utentes das categorias mais baixas percebem como mais satisfatórios, comparativamente, os itens relacionados com o interesse na resolução de problema das utentes (P6.), assim como à ausência de erros por parte da maternidade (P9.). Já as categorias mais avançadas, nomeadamente entre os 35-39 anos, percebem como sendo de maior qualidade comparativa um serviço de confiança (P7.), enquanto que as utentes com idades superiores a 40 anos percebem como menos satisfatório, comparativamente, a disponibilidade do serviço no momento certo (P8.).

A tabela 4.8. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Confiança, por categorias de grau de escolaridade.

Variáveis Dependentes	Grau de Escolaridade por Categorias								
	Mediana								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	5,5	-	-
P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	-	-	6,0	7,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P7. Serviço de confiança	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	-	-	6,5	6,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P9. Ausência de erros por parte da maternidade	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	-	-

Legenda: “-“ - Categoria em que não se obteve qualquer tipo de resposta por parte das utentes.

Tabela 4.8. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito aos dados apresentados na tabela 4.8., verifica-se que as utentes com maior grau de escolaridade percebem como sendo de maior qualidade os itens relativos ao interesse na resolução de problemas das utentes (P6.), ao serviço de confiança (P7.), à disponibilidade do serviço no momento certo (P8.) e à ausência de erros por parte da maternidade (P9.). Com menor qualidade percebida, comparativamente, aparece o cumprimento das tarefas dentro do prazo estipulado (P5.), igualmente para as utentes com maior grau de escolaridade.

A tabela 4.9. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Confiança, por categorias de distância da residência da utente até ao hospital.

Variáveis Dependentes	Distância, em quilómetros, por Categorias						
	Mediana						
	1	2	3	4	5	6	7
P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	6,0	5,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P7. Serviço de confiança	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P9. Ausência de erros por parte da maternidade	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5	6,0

Tabela 4.9. Média em cada variável dependente na dimensão Confiança, por categoria da variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos dados da tabela 4.9., é possível verificar que as utentes que estão mais perto do hospital percebem como sendo de maior qualidade os itens relacionados com o interesse na resolução de problemas (P6.) e o serviço de confiança (P7.) e atribuem menor qualidade percebida ao cumprimento das tarefas dentro do período de tempo estipulado (P5.). Já as utentes que percorrem maior distância para chegar ao hospital percebem como sendo de maior qualidade, igualmente, o serviço de confiança (P7.) e a disponibilidade do serviço no momento certo (P8.).

4.5.3 Capacidade de Resposta

A tabela 4.10. apresenta a média e o desvio padrão de cada variável dependente incluída na dimensão da Capacidade de Resposta.

Variáveis Dependentes	Média	Desvio Padrão
P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	5,98	0,99
P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	5,94	0,96
P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes	6,23	1,05
P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes	5,60	1,35

Tabela 4.10. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta.

Fonte: Elaboração própria

Em relação à dimensão Capacidade de Resposta, o item a que as utentes atribuem maior qualidade percebida é a disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes (média = 6,23). Seguem-se-lhe os itens relativos à informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados (média = 5,98) e a prestação de serviços no momento em que são solicitados (média = 5,94), com valores de média e desvio padrão muito semelhantes, o que deixa entrever concordância entre as utentes.

A disponibilidade dos funcionários para com as utentes (média = 5,60) é a variável que menos contribui para a percepção da qualidade por parte das mesmas.

A tabela 4.11. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Capacidade de Resposta, por categorias de idade.

Variáveis Dependentes	Idade por Categorias					
	Mediana					
	1	2	3	4	5	6
P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5
P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	5,5
P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes	7,0	6,0	7,0	7,0	7,0	6,0
P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0

Tabela 4.11. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Idade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos resultados contidos na tabela 4.11., é possível afirmar que as utentes nas faixas etárias mais baixas dão maior importância aos itens relacionados com a prestação dos serviços no momento em que são solicitados (P11.) assim como à disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes (P12.), este último partilhado por todas as categorias de idade. No entanto, a informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados (P10.) e a disponibilidade dos funcionários para atender aos seus pedidos (P13.) são os itens a que as utentes mais novas dão menor importância, ao contrário das utentes com idades mais avançadas.

A tabela 4.12. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Capacidade de Resposta, por categorias de grau de escolaridade.

Variáveis Dependentes	Grau de Escolaridade por Categorias								
	Mediana								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	-	-	7,0	6,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	-	-	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	-	-
P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes	-	-	6,5	7,0	6,5	7,0	6,0	-	-
P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes	-	-	6,0	6,0	6,0	5,0	5,5	-	-

Legenda: “-“ - Categoria em que não se obteve qualquer tipo de resposta por parte das utentes.

Tabela 4.12. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito aos dados obtidos na tabela 4.12., verifica-se que a disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes (P12.) é o item que mais influencia a percepção da qualidade junto de todas as categorias de grau de escolaridade. No entanto, as utentes com os graus de escolaridade mais elevados como a Licenciatura e o Mestrado, percebem como sendo de menor qualidade a disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes (P13.).

A tabela 4.13. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Capacidade de Resposta, por categorias de distância da residência da utente até ao hospital.

Variáveis Dependentes	Distância, em quilómetros, por Categorias						
	Mediana						
	1	2	3	4	5	6	7
P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	6,0	6,0	6,0	5,5	6,0	7,0	6,0
P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes	6,0	7,0	6,5	6,0	7,0	7,0	7,0
P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes	6,0	5,0	6,5	5,5	6,0	7,0	6,0

Tabela 4.13. Média em cada variável dependente na dimensão Capacidade de Resposta, por categoria da variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à variável distância, é visível que as utentes que se situam na categoria 6 (25-29 km) atribuem maior qualidade percebida a todos os itens da dimensão relativa à capacidade de resposta. No entanto, são as que se situam na categoria 4 (15-19 km) que menor qualidade percebida atribuem à informação dada às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados (P10.) e à disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes (P13.), opinião partilhada pelas utentes da categoria 2 (5-9 km).

4.5.4 Garantia

A tabela 4.14. apresenta a média e o desvio padrão de cada variável dependente incluída na dimensão da Garantia.

Variáveis Dependentes	Média	Desvio Padrão
P14. Confiança nos funcionários	6,07	0,93
P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	6,34	0,82
P16. Boas maneiras dos funcionários	6,52	0,69
P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	6,46	0,67

Tabela 4.14. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Garantia.

Fonte: Elaboração própria

No que respeita à dimensão Garantia, é de salientar que todos os itens apresentam uma média superior a 6 e um desvio padrão inferior a 1, o que aponta para que esta seja uma dimensão que reúne grande valoração e consenso entre as utentes.

O item relativo às boas maneiras dos funcionários, com uma média de 6,52, é o que apresenta maior valor. Pelo contrário, a confiança nos funcionários (média = 6,07) é o que menos influencia a percepção da qualidade das utentes.

A tabela 4.15. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Garantia, por categorias de idade.

Variáveis Dependentes	Idade por Categorias					
	Mediana					
	1	2	3	4	5	6
P14. Confiança nos funcionários	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5
P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	6,5	6,0	7,0	7,0	6,5	6,5
P16. Boas maneiras dos funcionários	7,0	6,0	7,0	7,0	7,0	6,5
P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	7,0	6,5	6,0	7,0	7,0	6,5

Tabela 4.15. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Idade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos resultados obtidos na tabela 4.15, é possível verificar que de uma forma geral, qualquer uma das faixas etárias atribui grande qualidade percebida a cada item da dimensão Garantia.

A tabela 4.16. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Garantia, por graus de escolaridade.

Variáveis Dependentes	Grau de Escolaridade por Categorias									
	Mediana									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
P14. Confiança nos funcionários	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	5,5	-	-	
P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	-	-	7,0	6,0	7,0	6,0	6,5	-	-	
P16. Boas maneiras dos funcionários	-	-	7,0	7,0	7,0	7,0	6,5	-	-	
P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	-	-	7,0	7,0	7,0	6,0	6,5	-	-	

Legenda: “-“ - Categoria em que não se obteve qualquer tipo de resposta por parte das utentes.

Tabela 4.16. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito aos dados obtidos através da tabela 4.16., verifica-se a mesma unanimidade relativamente à qualidade percebida de cada um dos itens desta dimensão pelos diferentes graus de escolaridade. Apenas a categoria 7, relativa ao mestrado, atribui menor qualidade percebida à confiança nos funcionários (P14.).

A tabela 4.17. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Garantia, por categorias de distância da residência da utente até ao hospital.

Variáveis Dependentes	Distância, em quilómetros, por Categorias						
	Mediana						
	1	2	3	4	5	6	7
P14. Confiança nos funcionários	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	7,0	7,0
P16. Boas maneiras dos funcionários	7,0	7,0	6,5	7,0	7,0	7,0	7,0
P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	7,0	7,0	6,0	7,0	7,0	7,0	6,0

Tabela 4.17. Média em cada variável dependente na dimensão Garantia, por categoria da variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos resultados obtidos na tabela 4.17., é igualmente visível a qualidade percebida pelas utentes das diferentes categorias de distância relativamente aos itens da dimensão garantia. Deste modo, verifica-se que as utentes que se encontram mais longe do hospital percebem de uma maneira inferior a confiança nos funcionários (P14.) assim como a simpatia e conhecimento dos mesmos (P17.). Já as utentes que estão mais perto percebem de uma maneira superior as boas maneiras, simpatia e conhecimento dos funcionários (P16. e P17.).

4.5.5 Empatia

A tabela 4.18. apresenta a média e o desvio padrão de cada variável dependente incluída na dimensão da Empatia.

Variáveis Dependentes	Média	Desvio Padrão
P18. Maternidade dá atenção individualizada	6,22	0,85
P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	6,09	0,91
P20. Funcionários dão atenção individualizada	5,99	0,99
P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	5,86	1,00
P22. Horário de funcionamento conveniente	5,41	1,57

Tabela 4.18. Média e desvio padrão em cada variável dependente na dimensão Empatia.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à dimensão Empatia, é a atenção individualizada da maternidade, com uma média de 6,22, que maior qualidade percebida detém junto das utentes, seguindo-

se-lhe de perto a atenção às necessidades específicas de cada utente (média = 6,09). Pelo contrário, o horário de funcionamento conveniente (média = 5,41) é o item a que as utentes atribuem menor relevo, registando-se aqui o maior desvio padrão (1,57), facto que traduz maior disparidade de opiniões entre as utentes.

A tabela 4.19. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Empatia, por categorias de idade.

Variáveis Dependentes	Idade por Categorias					
	Mediana					
	1	2	3	4	5	6
P18. Maternidade dá atenção individualizada	6,5	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P20. Funcionários dão atenção individualizada	5,0	6,0	6,0	6,0	6,5	5,5
P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
P22. Horário de funcionamento conveniente	4,0	6,0	5,0	5,5	6,0	5,5

Tabela 4.19. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Idade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à tabela 4.19., é visível que as utentes nas categorias de idade mais baixa atribuem menor qualidade percebida aos itens relativos à atenção individualizada dada pelos funcionários (P20.), à prioridade que os mesmos dão ao interesse da utente (P21.) e ao horário de funcionamento conveniente (P22.), atribuindo maior qualidade percebida à atenção individualizada da maternidade e à atenção dada às necessidades específicas de cada utente. A categoria de idade mais avançada confere maior qualidade percebida à atenção individualizada dada pela maternidade (P18.) e ao horário de funcionamento conveniente (P22.), opinião partilhada pelas categorias intermédias 3 e 4 (25-29 e 30-34 anos).

A tabela 4.20. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Empatia, por graus de escolaridade.

Variáveis Dependentes	Grau de Escolaridade por Categorias								
	Mediana								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P18. Maternidade dá atenção individualizada	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5	-	-
P20. Funcionários dão atenção individualizada	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	-	-
P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	-	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	-	-
P22. Horário de funcionamento conveniente	-	-	6,5	6,0	6,0	5,5	6,0	-	-

Legenda: “-“ - Categoria em que não se obteve qualquer tipo de resposta por parte das utentes.

Tabela 4.20. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito aos resultados obtidos na tabela 4.20., verifica-se que a categoria 7, que corresponde ao mestrado, atribui maior qualidade percebida à atenção individualizada dada pela maternidade (P18.), assim como à atenção das necessidades específicas de cada utente (P19.). As utentes da categoria 6, de licenciatura, conferem menor qualidade percebida ao horário de funcionamento conveniente (P22.), item considerado pela categoria 3 (2º Ciclo do Ensino Básico - 6º ano de escolaridade) como de maior qualidade percebida.

A tabela 4.21. apresenta a mediana de cada variável dependente incluída na dimensão da Empatia, por categorias de distância da residência da utente até ao hospital.

Variáveis Dependentes	Distância, em quilómetros, por Categorias						
	Mediana						
	1	2	3	4	5	6	7
P18. Maternidade dá atenção individualizada	6,0	6,0	6,0	6,0	6,5	7,0	7,0
P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,0	6,0
P20. Funcionários dão atenção individualizada	7,0	6,0	6,0	5,5	6,0	7,0	6,0
P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	6,0	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0	6,0
P22. Horário de funcionamento conveniente	6,0	5,0	5,5	5,5	5,0	7,0	6,0

Tabela 4.21. Média em cada variável dependente na dimensão Empatia, por categoria da variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos dados obtidos da tabela 4.21., pode verificar-se que as utentes que se encontram mais longe do hospital atribuem maior qualidade percebida à atenção

individualizada dada pela maternidade (P18.), assim como às necessidades específicas de cada utente dada pelos funcionários (P19.) e ao horário de funcionamento conveniente (P22.), este último não compactuado pelas utentes que se encontram a uma menor distância do hospital. As utentes que estão mais perto do hospital percebem como tendo maior qualidade os itens relacionados com a atenção individualizada das necessidades de cada utente (P19.) assim como a atenção dada pelos funcionários (P20.).

Deste modo, e depois de analisadas todos os itens de cada uma das dimensões relativamente às variáveis independentes Idade, Grau de escolaridade e Distância da residência ao hospital, é possível afirmar que existem diferenças de percepção relativamente às diferentes categorias relativamente a cada uma das dimensões.

4.6 Avaliação das dimensões da qualidade por variável independente

Para se proceder à avaliação das dimensões da qualidade, foram realizados vários tipos de testes que permitiram relacionar cada variável dependente com cada uma das variáveis independentes.

Para a utilização dos testes paramétricos, foi primeiramente necessária a verificação, em simultâneo, de duas condições. A primeira corresponde à normalidade, isto é, verificar que as variáveis dependentes seguem uma distribuição normal. A segunda condição, a da homocedasticidade, equivale à homogeneidade das variâncias, o que significa dizer que é essencial que as variâncias das amostras sejam homogêneas uma vez que se estão a comparar mais que duas amostras. Segundo Maroco (2007: 133), *“para testar a Normalidade, o teste mais utilizado é o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias o teste de Levene é um dos mais potentes”*.

Depois de efectuados os testes acima indicados, verificou-se que as amostras não verificavam as condições de normalidade e homogeneidade e procedeu-se à transformação das variáveis, aplicando-se a fórmula de transformação \sqrt{y} (y_i forem contagens de números pequenos) proposta por Maroco (2007: 241) para estas situações. Foi novamente testada quer a normalidade quer a homogeneidade das variáveis transformadas e, uma vez que o resultado dessa transformação não foi suficiente para

utilizar os testes paramétricos, teve de se optar pela realização de testes não paramétricos às variáveis originais. Estes, de acordo com Maroco (2007: 213), “*são considerados geralmente como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a normalidade da variável sob estudo e a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificam*”.

Para a realização dos testes não paramétricos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis que, conforme diz Maroco (2007: 227), “*pode ser considerado como a alternativa à ANOVA one-way (Kruskal & Wallis, 1952). Este teste pode ser então usado para testar se duas ou mais amostras provêm de uma mesma população ou se de populações diferentes ou se, de igual modo, as amostras provêm de populações com a mesma distribuição o que é equivalente a testar se as medianas populacionais são iguais*”.

A tabela 4.22. apresenta os resultados dos testes de Kruskal-Wallis às variáveis dependentes, tendo em conta cada uma das variáveis independentes consideradas.

	Variáveis dependentes	Idade		Distância		Grau de escolaridade	
		Valor do Teste	ρ - value	Valor do Teste	ρ - value	Valor do Teste	ρ - value
Tangibilidade	P1. Equipamento moderno	2,936	0,710	12,582	0,050	0,333	0,988
	P2. Instalações visualmente apelativas	1,446	0,919	7,877	0,247	3,171	0,530
	P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	2,146	0,829	5,225	0,515	2,738	0,603
	P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	1,816	0,874	6,050	0,418	4,475	0,346
Confiança	P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	1,639	0,897	5,617	0,467	2,035	0,729
	P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	4,127	0,531	3,892	0,691	1,033	0,905
	P7. Serviço de confiança	2,212	0,819	5,625	0,466	1,248	0,870
	P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	2,463	0,782	7,540	0,274	5,009	0,286
	P9. Ausência de erros por parte da maternidade	8,981	0,110	3,077	0,799	3,387	0,495
Capacidade de Resposta	P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	2,690	0,748	6,432	0,377	3,870	0,424
	P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	3,726	0,590	7,503	0,277	1,731	0,785
	P12. Disponibilidade para ajudar as utentes	8,944	0,111	3,055	0,802	0,218	0,994
	P13. Disponibilidade dos funcionários para com as utentes	1,825	0,873	9,522	0,146	4,808	0,308
Garantia	P14. Confiança nos funcionários	3,032	0,695	5,714	0,456	1,787	0,775
	P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	2,751	0,738	7,599	0,269	2,115	0,715
	P16. Boas maneiras dos funcionários	7,021	0,219	4,095	0,664	2,059	0,725
	P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	6,453	0,295	3,757	0,710	0,629	0,960
Empatia	P18. Maternidade dá atenção individualizada	0,953	0,966	2,015	0,918	0,572	0,966
	P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	1,545	0,908	5,366	0,498	0,837	0,933
	P20. Funcionários dão atenção individualizada	4,197	0,521	11,223	0,082	0,612	0,962
	P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	1,339	0,931	8,016	0,237	1,312	0,859
	P22. Horário de funcionamento conveniente	2,595	0,762	6,362	0,237	3,687	0,450

Tabela 4.22. Resultados da realização do teste não paramétrico Kruskal Wallis.

Fonte: Elaboração própria

Do teste efectuado, e tendo em conta que rejeitamos H_0 se $p \leq \alpha$, que neste caso se considera $\alpha = 0,05$, apenas se encontrou como revelando diferença significativa o p – value da variável dependente tangibilidade, relativa ao equipamento moderno, com a dimensão Distância, uma vez que apresenta um p – value de 0,050.

De acordo com Maroco (2007), é possível considerar um $\alpha = 0,10$ e, deste modo, admitir também como significativa a diferença da percepção da qualidade relativa à atenção individualizada que os funcionários dão (P20.), relativamente à variável independente distância, com um p – value de 0,082.

Deste modo, apenas se pode concluir que existem, pelo menos, duas médias significativamente diferentes das restantes mas nada é dito sobre qual ou quais as médias que são diferentes. Considera-se que este tipo de questão poderá ser resolvida através de comparações múltiplas entre as diferentes categorias. Assim, e de acordo com as características da amostra, será realizado o teste de Bonferroni que, segundo Maroco (2007: 161), “*para amostras pequenas (...) é dos mais potentes*”.

Na tabela relativa às comparações múltiplas que se encontra no Anexo 2 da página 80, é visível o resultado das comparações múltiplas para as variáveis dependentes P1. e P20., através do teste de Bonferroni.

Depois de analisada a tabela, é possível afirmar-se que há diferenças significativas entre as categorias 0-4 e 5-9 km, para o item P1., e com um p – value = 0,053, e entre as categorias 0-4 e 15-19 km, para o item P20. e com um p – value = 0,082, admitindo novamente um $\alpha = 0,10$.

Estas diferenças apuradas podem ser igualmente visíveis através do gráfico 4.4. para o item P1. Equipamento moderno e do gráfico 4.5. para o item P20. Funcionários dão atenção individualizada.

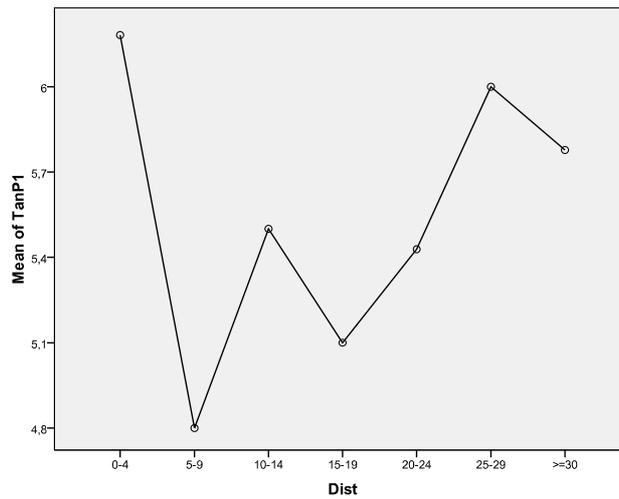


Gráfico 4.4. *Plot* da variável dependente P1., quanto à variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria, através de resultados obtidos do SPSS

Relativamente ao gráfico 4.4., é notória a diferença entre as categorias acima mencionadas. A primeira, 0-4 km, apresenta um valor de 6,18 enquanto que a segunda, 5-9 km, detém um valor de 4,80.

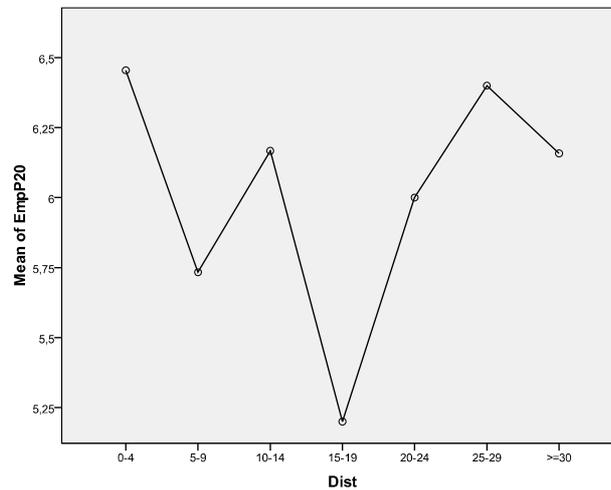


Gráfico 4.5. *Plot* da variável dependente P20, quanto à variável independente Distância.

Fonte: Elaboração própria, através de resultados obtidos do SPSS

No que diz respeito ao gráfico 4.5., e tal como já foi dito anteriormente, a diferença significativa é notória entre as categorias 0-4 km, com um valor de 6,45, e 15-19 km, esta com um valor de 5,20.

Na tentativa de encontrar um maior número de relações entre as variáveis dependentes e independentes, procedeu-se à recategorização das últimas. Isto significa que, para este estudo, as categorias de intervalos de cada uma das variáveis independentes foram agrupadas em menos categorias que as inicialmente propostas, como se pode ver na tabela 4.23.

Variáveis independentes	Categorias iniciais	Agrupamento de categorias final
Idade	6	1) $\leq 19 - 29$ 2) 30 - 40
Grau de escolaridade	9	1) Sei ler e escrever – 3º Ciclo do Ensino básico (9º Ano de escolaridade) 2) Ensino Secundário (12º Ano de escolaridade) – Doutoramento
Distância	7	1) 0 - 9 2) 10 - 24 3) 25 - ≥ 30

Tabela 4.23. Agrupamento das variáveis independentes em categorias mais amplas.

Fonte: Elaboração própria

Este agrupamento de variáveis baseou-se no facto de se estar a lidar com uma amostra pequena e de haver poucos elementos respondentes em algumas categorias. Neste sentido, foi novamente testada a normalidade e homogeneidade das variâncias para as variáveis originais. Como as distribuições continuaram sem revelar normalidade, foram efectuados novos testes às variáveis transformadas em busca de verificar os parâmetros relativos à normalidade e homocedasticidade.

Uma vez que as distribuições continuavam a não verificar estes dois últimos parâmetros, procedeu-se à realização de testes não paramétricos às variáveis originais. Assim, usou-se o teste Wilcoxon-Mann-Whitney para as variáveis independentes Idade e Grau de Escolaridade e, novamente, procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis apenas para a variável independente Distância, mas agora com as variáveis independentes categorizadas.

O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney considera-se ser o mais apropriado para as variáveis independentes acima mencionadas uma vez que, segundo Maroco (2007: 219),

este “*é o teste não paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes*”. Deste teste, saliente na tabela 4.24., resultaram já algumas diferenças significativas, nomeadamente na variável independente categorizada Idade e no item relativo à ausência de erros por parte da maternidade (P9.), com um ρ – value de 0,051 (significativo apenas para $\alpha = 0,10$).

Verificaram-se, ainda, várias diferenças significativas na variável independente categorizada Grau de Escolaridade, no item relativo às instalações visualmente apelativas (P2.), com um ρ – value de 0,098 e nas instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado (P4.) com um ρ – value de 0,054. Relativamente à dimensão capacidade de resposta, foi encontrada diferença significativa no item relacionado com a disponibilidade dos funcionários para com as utentes (P.13), com um ρ – value de 0,035. Estas relações podem ser comprovadas através da tabela 4.24. que apresenta o resultado do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para as variáveis independentes Idade e Grau de Escolaridade, relativamente a todos os itens.

	Variáveis dependentes	Idade categorizada		Grau de escolaridade categorizada	
		Valor do Teste	ρ – value	Valor do Teste	ρ – value
Tangibilidade	P.1 Equipamento moderno	696,000	0,410	596,000	0,881
	P.2 Instalações visualmente apelativas	712,000	0,393	472,500	0,098
	P.3 Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	792,000	0,947	594,000	0,750
	P.4 Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	705,500	0,457	445,000	0,054
Confiança	P.5 Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	764,000	0,732	517,000	0,243
	P.6 Interesse na resolução de problemas das utentes	758,500	0,827	575,500	0,687
	P.7 Serviço de confiança	795,500	0,979	566,500	0,532
	P.8 Disponibilidade do serviço no momento certo	751,500	0,632	529,500	0,293
	P.9 Ausência de erros por parte da maternidade	576,000	0,051	566,500	0,703
Capacidade de Resposta	P.10 Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	712,000	0,379	557,500	0,472
	P.11 Prestação de serviços no momento em que são solicitados	668,000	0,188	517,000	0,238
	P.12 Disponibilidade para ajudar as utentes	710,000	0,350	608,000	0,890
	P.13 Disponibilidade dos funcionários para com as utentes	768,500	0,931	426,500	0,035
Garantia	P.14 Confiança nos funcionários	783,500	0,880	619,000	0,995
	P.15 Segurança da utente aquando a prestação do serviço	733,500	0,493	562,000	0,564
	P.16 Boas maneiras dos funcionários	662,000	0,128	586,500	0,765
	P.17 Simpatia e conhecimento dos funcionários	612,000	0,104	545,500	0,501
Empatia	P.18 Maternidade dá atenção individualizada	787,500	0,913	604,500	0,859
	P.19 Atenção às necessidades específicas de cada utente	764,000	0,721	601,000	0,826
	P.20 Funcionários dão atenção individualizada	768,500	0,763	581,000	0,656
	P.21 Prioridade dada ao maior interesse da utente	734,000	0,636	550,500	0,489
	P.22 Horário de funcionamento conveniente	720,000	0,564	566,500	0,785

Tabela 4.24. Resultados da realização do teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney às variáveis independentes categorizadas Idade e Grau de escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

Com o intuito de perceber, entre os vários itens, quais as categorias de intervalos que estão na origem das diferenças significativas obtidas, foi efectuado o teste de Scheffé que, segundo Maroco (2007: 161) pode ser utilizado “*especialmente quando se compara um número reduzido de grupos*” e, deste modo, identificar qual ou quais as médias que contribuem mais ou menos para essas diferenças.

Para o caso do item P9., ausência de erros por parte da maternidade, depois de efectuado o teste das comparações múltiplas, verificou-se que não existem diferenças significativas, uma vez que apresenta um p – value = 0,110, admitindo um α = 0,10. Já relativamente aos resultados obtidos para os itens P2., instalações visualmente apelativas, P4., instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado e P13., disponibilidade dos funcionários para com as utentes, foram encontradas diferenças significativas.

No entanto, devido ao facto de apenas existirem dois intervalos categorizados para cada uma das dimensões Idade e Grau de Escolaridade, é possível visualizar essas diferenças através da média apresentada na tabela 4.25. para cada um dos itens para as variáveis Idade e Grau de escolaridade categorizadas.

Dos resultados obtidos, através da tabela 4.25., é possível observar que a categoria 2 da idade categorizada, que diz respeito às utentes de faixas etárias mais avançadas, percebem como sendo de maior qualidade os itens relacionados com a dimensão tangibilidade, nomeadamente P1., equipamento moderno, com uma média de 5,65, o item P2., instalações visualmente apelativas (média = 5,68) e P3., funcionários bem vestidos e com aparência impecável (média = 6,45). Este facto permite confirmar a hipótese H2.1.

Já em relação à dimensão confiança, são as utentes das faixas etárias mais baixas, da categoria 1, que percebem como sendo de maior qualidade os itens P7., serviço de confiança (média = 6,19), P8., disponibilidade do serviço no momento certo (média = 5,88) e P9., ausência de erros por parte da maternidade (média = 6,15).

	Variáveis dependentes	Idade Categorizada		Grau de escolaridade Categorizada	
		1	2	1	2
Tangibilidade	P1. Equipamento moderno	5,43	5,65	5,48	5,62
	P2. Instalações visualmente apelativas	5,38	5,68	5,63	5,19
	P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	6,43	6,45	6,41	6,52
	P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	5,95	5,76	6,00	5,57
Confiança	P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	5,60	5,68	5,58	5,38
	P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	6,22	6,26	6,24	6,19
	P7. Serviço de confiança	6,19	6,18	6,14	6,29
	P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	5,88	5,82	5,92	5,67
	P9. Ausência de erros por parte da maternidade	6,15	5,79	5,95	6,05
Capacidade de Resposta	P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	6,05	5,95	6,05	5,81
	P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	5,81	6,08	6,02	5,76
	P12. Disponibilidade para ajudar as utentes	6,21	6,37	6,19	6,33
	P13. Disponibilidade dos funcionários para com as utentes	5,57	5,70	5,83	5,05
Garantia	P14. Confiança nos funcionários	6,02	6,18	6,07	6,10
	P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	6,24	6,45	6,36	6,29
	P16. Boas maneiras dos funcionários	6,38	6,66	6,53	6,48
	P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	6,31	6,61	6,47	6,38
Empatia	P18. Maternidade dá atenção individualizada	6,21	6,29	6,19	6,29
	P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	6,07	6,18	6,10	6,05
	P20. Funcionários dão atenção individualizada	6,02	6,00	5,95	6,05
	P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	5,93	5,89	5,91	5,71
	P22. Horário de funcionamento conveniente	5,26	5,59	5,42	5,45

Tabela 4.25. Média para cada categoria de intervalo relativamente às variáveis independentes categorizadas Idade e Grau de Escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à dimensão capacidade de resposta, verifica-se que são as utentes com faixas etárias mais avançadas, da categoria 2, que percebem como sendo de maior qualidade os itens P11., prestação de serviços no momento em que são solicitados (média = 6,08), P12., disponibilidade para ajudar as utentes e para com as utentes, com valores de média de 6,37 e 5,70, respectivamente. Deste modo, julga-se ser possível confirmar a hipótese H2.3.

No que diz respeito à dimensão garantia, as utentes das faixas etárias mais avançadas são unânimes quanto à percepção desta dimensão, uma vez que todas elas revelam maior qualidade percebida relativamente a cada um dos itens desta dimensão. Assim, é possível confirmar a hipótese H2.4.

Quanto à variável independente Grau de escolaridade, é visível, através da tabela 4.25., a existência de uma discrepância relativamente à percepção das utentes das diferentes categorias quanto aos diversos itens e consequentes dimensões. No entanto, é visível que as utentes com menor grau de escolaridade percebem como sendo de maior qualidade os itens relativos à dimensão capacidade de resposta, nomeadamente P10., informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados (média = 6,05), P11., prestação de serviços no momento em que são solicitados (média = 6,02) e P13., disponibilidade dos funcionários para com as utentes (média = 5,83).

A dimensão relativa à garantia apresenta-se como sendo de maior qualidade percebida para as utentes com menor grau de escolaridade, designadamente os itens P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço (média = 6,36), P16. Boas maneiras dos funcionários (média = 6,53) e P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários (média = 6,47).

Refira-se que, embora não se confirme nenhuma das sub-hipóteses apontadas em H4., é possível responder à hipótese enunciada, através de sub-hipóteses que não foram formuladas, nomeadamente o facto de as utentes com menor grau de escolaridade perceberem como sendo de maior qualidade os itens relativos às dimensões capacidade de resposta e garantia.

Relativamente à nova execução do teste de Kruskal-Wallis, para a variável independente categorizada Distância, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 4.26.

	Variáveis dependentes	Distância	
		Valor do Teste	ρ – value
Tangibilidade	P1. Equipamento moderno	3,129	0,209
	P2. Instalações visualmente apelativas	3,528	0,171
	P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável	1,645	0,439
	P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado	0,161	0,923
Confiança	P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado	2,968	0,227
	P6. Interesse na resolução de problemas das utentes	3,082	0,214
	P7. Serviço de confiança	1,702	0,427
	P8. Disponibilidade do serviço no momento certo	0,690	0,708
	P9. Ausência de erros por parte da maternidade	2,122	0,346
Capacidade de Resposta	P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados	5,027	0,081
	P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados	3,415	0,181
	P12. Disponibilidade para ajudar as utentes	0,373	0,830
	P13. Disponibilidade dos funcionários para com as utentes	1,810	0,405
Garantia	P14. Confiança nos funcionários	1,122	0,571
	P15. Segurança da utente aquando a prestação do serviço	1,750	0,417
	P16. Boas maneiras dos funcionários	1,220	0,543
	P17. Simpatia e conhecimento dos funcionários	0,258	0,879
Empatia	P18. Maternidade dá atenção individualizada	1,000	0,606
	P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente	2,605	0,272
	P20. Funcionários dão atenção individualizada	3,173	0,205
	P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente	5,072	0,079
	P22. Horário de funcionamento conveniente	0,754	0,686

Tabela 4.26. Resultados da realização do teste não paramétrico Kruskal Wallis à variável independente categorizada Distância.

Fonte: Elaboração própria

Dos testes efectuados, resultaram novas relações entre a variável independente categorizada Distância com os itens P10., informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados, com um ρ – value de 0,081 e P21., prioridade dada ao maior interesse da utente, com um ρ – value igual a 0,079, admitindo-se novamente um $\alpha = 0,10$, segundo Maroco (2007). Uma vez que os resultados anteriormente apresentados

são inferiores a esse valor (0,10), rejeita-se a H_0 , facto que leva a crer que existe pelo menos um item que conduz a um grau de satisfação diferente dos restantes.

No entanto, para o caso específico da variável independente Distância, uma vez que apresenta três categorias de intervalo diferentes, será relevante testar qual ou quais os pares de médias que apresentam diferenças significativas, através de comparações múltiplas de médias.

Com o intuito de tentar perceber qual ou quais as médias diferentes, foi efectuado o teste de Scheffé, uma vez que se pretende comparar um número reduzido de grupos (Maroco, 2007).

Assim, procedeu-se à realização das comparações múltiplas para as variáveis dependentes P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados e P20. Atenção individualizada dos funcionários e os resultados obtidos apresentam-se no Anexo 3 da página 84.

Ao analisar os resultados obtidos do Anexo 3 da página 84, considera-se que não existem diferenças significativas para a variável dependente P10. e P20., pois para um $\alpha = 0,05$ ou considerando até um $\alpha = 0,10$, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias.

4.7 Conclusões

De acordo com os objectivos propostos para este capítulo, e depois de efectuado o tratamento dos dados, é possível afirmar que são em número reduzido as diferenças significativas encontradas quando da análise das várias variáveis dependentes relativamente às três variáveis independentes consideradas.

É, no entanto, possível confirmar algumas hipóteses anteriormente formuladas, nomeadamente a H1.4., H1.6., H2.1., H2.3. e H2.4.

Capítulo V – Conclusões e Recomendações

Depois de efectuada a análise dos resultados da aplicação do questionário SERVPERF à amostra definida, apresentam-se agora as conclusões do estudo desenvolvido no serviço de Obstetrícia do Hospital Pêro da Covilhã, procurando-se responder à questão de investigação, colocada no Capítulo I. Esta pretende evidenciar quais as dimensões da qualidade do serviço que são percebidas como mais satisfatórias pelas utentes do referido hospital, mensuradas de acordo com a escala de *Lickert* graduada de 1 (Discordo Plenamente) até 7 (Concordo Plenamente), sendo que todos os valores mencionados correspondem à média das respostas dadas.

São ainda referenciadas as limitações da investigação e possíveis perspectivas para um trabalho futuro.

5.1 Resumo das hipóteses

As hipóteses definidas no Capítulo I foram testadas no Capítulo IV, recorrendo maioritariamente ao programa informático *SPSS*. Apresentam-se, em seguida, os resultados de cada uma das hipóteses propostas e a confirmação, ou não, das mesmas, de uma forma sumária.

H1. Os utentes de um hospital percebem de maneira distinta as diferentes dimensões da qualidade.

H1.1. A tangibilidade é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.2. A confiança é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.3. A capacidade de resposta é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.4. A garantia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa: **confirma-se**.

H1.5. A empatia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.6. A tangibilidade é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa: **confirma-se**.

H1.7. A confiança é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.8. A capacidade de resposta é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.9. A garantia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H1.10. A empatia é a dimensão da qualidade que os utentes de um hospital percebem como tendo menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

De um modo geral, é possível afirmar que as utentes do hospital atribuem importância diferente às várias dimensões de qualidade, ou seja, confirma-se H1.

H2. O A idade do utente de um hospital influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H2.1. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa: **confirma-se**.

H2.2. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H2.3. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa: **confirma-se**.

H2.4 Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **confirma-se**.

H2.5. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais avançadas percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma**.

H2.6. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a tangibilidade como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H2.7. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a confiança como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H2.8. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a capacidade de resposta como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma.**

H2.9. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a garantia como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma.**

H2.10. Os utentes de um hospital nas faixas etárias mais baixas percebem a empatia como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma.**

De acordo com os resultados obtidos, e apesar de se confirmarem três das dez hipóteses formuladas para a variável independente Idade, considera-se ser possível afirmar que a idade do utente de um hospital influencia a sua percepção da qualidade do serviço prestado.

H3. A distância percorrida pelo utente de um hospital até ao serviço de saúde influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H3.1. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.2. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.3. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.4. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.5. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias maiores até ao hospital percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.6. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.7. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.8. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.9. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H3.10. Os utentes de um hospital que percorrem distâncias menores até ao hospital percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

No que diz respeito às hipóteses colocadas relacionadas com a distância percorrida por um utente até ao hospital, e depois de obtidos os resultados do tratamento dos dados, é possível afirmar que a distância não influencia a percepção da qualidade do serviço prestado. Assim, não se confirma H3.

H4. O grau de escolaridade do utente de um hospital influencia a percepção da qualidade do serviço prestado.

H4.1. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a tangibilidade como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.2. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a confiança como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.3. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a capacidade de resposta como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.4. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a garantia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.5. Os utentes de um hospital com maior grau de escolaridade percebem a empatia como a dimensão de maior qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.6. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a tangibilidade como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma.**

H4.7. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a confiança como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H4.8. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a capacidade de resposta como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H4.9. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a garantia como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

H4.10. Os utentes de um hospital com menor grau de escolaridade percebem a empatia como a dimensão de menor qualidade comparativa: **não se confirma**.

Deste modo, e devido ao facto de não se confirmar qualquer uma das hipóteses anteriormente definidas relativamente ao grau de escolaridade, é possível afirmar que o grau de escolaridade do utente não influencia a percepção da qualidade do serviço, não sendo possível confirmar H4.

Assim, e de um modo sistemático e conclusivo, é lícito afirmar que se confirmam 5 das 40 hipóteses formuladas. No entanto, houve aspectos que não foram enunciados no primeiro capítulo mas que se vieram a confirmar após efectuado o tratamento dos dados obtidos. Deste modo, verificou-se que as utentes com menor grau de escolaridade atribuem maior importância à dimensão da capacidade de resposta e da garantia. Constatou-se ainda que as utentes das faixas etárias mais baixas dão maior importância à dimensão confiança.

Com a aplicação do questionário SERVPERF e o respectivo tratamento estatístico dos dados, considera-se ter garantido a validade de construção do estudo, tal como Yin (2005) a define, conforme referido no Capítulo III. Do mesmo modo, e considerando a definição do conceito de validade interna do mesmo autor, crê-se ter alcançado a validade interna do estudo, uma vez que foi possível obter relações entre diversas variáveis, como acima se demonstra.

5.2 Discussão dos resultados

De acordo com os objectivos da investigação propostos no Capítulo I, identificou-se como dimensão da qualidade que apresenta maior satisfação para as utentes do serviço de Obstetrícia, a Garantia, com uma média de 6,34. Seguem-se, de perto, as dimensões Confiança (média = 5,96), Capacidade de Resposta (média = 5,94) e Empatia (média =

5,91). Por fim, a dimensão a que as utentes percebem como tendo uma qualidade menor quando comparada com as restantes é a Tangibilidade, com uma média de 5,84.

No que se refere aos aspectos que mais incrementam a qualidade percebida pelas utentes do serviço de saúde em relação a cada uma das dimensões, verificou-se que na dimensão Tangibilidade, é mais valorizado o facto de os funcionários se apresentarem bem vestidos e com aparência impecável (média = 6,44); na Confiança, destaca-se o interesse na resolução de problemas das utentes (média = 6,23); na Capacidade de Resposta, evidencia-se a disponibilidade para ajudar as utentes (média = 6,23); na Garantia, sobressaem as boas maneiras dos funcionários; na Empatia, distingue-se a atenção individualizada proporcionada pela maternidade (média = 6,22).

Pelo contrário, os aspectos que penalizam a qualidade percebida pelas utentes do serviço de Obstetrícia relativamente a cada uma das dimensões são, na dimensão Empatia, o horário de funcionamento conveniente (média = 5,41); na Tangibilidade, as instalações visualmente apelativas (média = 5,51); na Confiança, o cumprimento das tarefas dentro do período de tempo estipulado, que apresenta o mesmo valor que na Capacidade de Resposta relativamente à disponibilidade dos funcionários com as utentes (média = 5,60) e na Garantia, a confiança nos funcionários (média = 6,07).

Com o intuito de evidenciar diferenças de percepção de qualidade do serviço prestado que pudessem estar associadas à idade, ao grau de escolaridade ou à distância da residência da utente até ao hospital, foi efectuado o cálculo da mediana em relação às mesmas para cada um dos itens das variáveis dependentes. Através dos resultados obtidos foram, efectivamente, verificadas diferenças de percepção, pormenorizadamente tratadas no Capítulo IV.

No que diz respeito à variável independente Idade e para a dimensão da tangibilidade, as faixas etárias mais avançadas percebem como sendo de maior qualidade o item P2. Instalações visualmente apelativas e percebem o item P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável como sendo de menor qualidade. Relativamente às utentes das faixas etárias mais baixas, estas percebem como sendo de maior qualidade o item P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável e como de menor qualidade os itens P1. Equipamento moderno e P2. Instalações visualmente apelativas.

Ainda de acordo com a dimensão Tangibilidade, tanto as utentes com maior grau de escolaridade como as de menor atribuem maior qualidade percebida ao item P3.

Funcionários bem vestidos e com aparência impecável e percebem como sendo de menor qualidade o item P1. Equipamento moderno.

Em relação à variável independente Distância, e ainda de acordo com a dimensão tangibilidade, é possível afirmar que as utentes que se encontram mais perto do hospital percebem como sendo de maior qualidade o item P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável e como de menor qualidade percebida os itens P1. Equipamento moderno e P2. Instalações visualmente apelativas. As utentes que se encontram a uma distância maior do hospital atribuem maior qualidade percebida aos itens P3. Funcionários bem vestidos e com aparência impecável e P4. Instalações físicas apelativas e ajustadas ao serviço prestado e conferem menor qualidade percebida aos itens P1. Equipamento moderno e P2. Instalações visualmente apelativas.

Quanto à dimensão Confiança e relativamente à variável independente Idade, é possível afirmar que as utentes com faixas etárias mais elevadas consideram como sendo de maior qualidade os itens P6. Interesse na resolução de problemas das utentes e P7. Serviço de confiança e atribuem menor qualidade percebida ao item P8. Disponibilidade do serviço no momento certo. Relativamente às utentes com faixas etárias mais baixas, atribuem, no geral, maior qualidade percebida a todos os itens desta dimensão.

No que diz respeito à variável independente Grau de escolaridade, relativamente à dimensão Confiança, verifica-se que as utentes com maior grau de escolaridade atribuem maior qualidade percebida aos itens P6. Interesse na resolução de problemas das utentes, P7. Serviço de confiança, P8. Disponibilidade do serviço no momento certo e P9. Ausência de erros por parte da maternidade, facto partilhado pelas utentes com menor grau de escolaridade, considerando o item P5. Cumprimento de tarefas dentro do período de tempo estipulado, como sendo de menor qualidade percebida.

Ainda relativamente à dimensão Confiança e de acordo com a distância percorrida pelas utentes até ao hospital, é possível afirmar que as utentes que estão mais longe atribuem maior qualidade percebida aos itens P7. Serviço de confiança e P8. Disponibilidade do serviço no momento certo. As utentes que se encontram mais perto do hospital percebem como sendo de maior qualidade os itens P6. Interesse na resolução de problemas das utentes e P7. Serviço de confiança. Tanto para as utentes que estão mais longe como para as que estão mais perto, não há nenhum item em

particular, relacionado com a variável independente Distância, a que as diferentes categorias atribuem menor qualidade percebida.

Em relação à dimensão Capacidade de resposta, e de acordo com a variável independente Idade, é possível averiguar que as utentes das faixas etárias mais elevadas atribuem maior qualidade percebida aos itens P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados e P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes e percebem como sendo de menor qualidade o item P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados. Já as utentes das faixas etárias mais baixas atribuem maior qualidade percebida aos itens P11. Prestação de serviços no momento em que são solicitados e P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes e consideram como sendo de menor qualidade os itens P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados e P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes.

Quanto à variável independente Grau de escolaridade, as utentes com maior grau de escolaridade atribuem maior qualidade percebida aos itens P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados e P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes, opinião partilhada pelas utentes com grau de escolaridade mais baixo. Tanto as mais novas como as mais velhas consideram como sendo de menor qualidade percebida o item P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes.

Ainda no que diz respeito à variável independente Distância, as utentes que se encontram mais longe do hospital atribuem maior qualidade percebida a todos os itens relacionados com a dimensão da capacidade de resposta. No entanto, consideram como sendo de menor qualidade percebida os itens P10. Informação às utentes do momento em que os serviços irão ser prestados e P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes. As utentes que se situam mais perto do hospital atribuem maior qualidade percebida ao item P12. Disponibilidade total dos funcionários para ajudar as utentes e como sendo de menor qualidade o item P13. Disponibilidade dos funcionários para atender os pedidos das utentes.

Relativamente à dimensão Garantia, de um modo geral, é possível afirmar que tanto as faixas etárias mais novas como as mais velhas atribuem grande qualidade percebida a todos os itens desta dimensão, à semelhança do que acontece para a variável independente Distância. Apenas na variável independente Grau de escolaridade se

verifica a menor qualidade percebida que as utentes atribuem ao item P14. Confiança nos funcionários.

Quanto à dimensão Empatia, relativamente à variável independente idade, considera-se que as utentes nas faixas etárias mais avançadas atribuem maior qualidade percebida aos itens P18. Maternidade dá atenção individualizada e P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente e consideram como sendo de menor qualidade percebida os itens P20. Funcionários dão atenção individualizada e P22. Horário de funcionamento conveniente. As utentes das faixas etárias mais novas conferem maior qualidade percebida aos itens P18. Maternidade dá atenção individualizada e P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente, admitindo como sendo de menor qualidade percebida os itens P20. Funcionários dão atenção individualizada e P22. Horário de funcionamento conveniente.

Em relação à variável independente Grau de escolaridade, quanto à dimensão Empatia, é possível afirmar que as utentes com maior grau de escolaridade atribuem maior qualidade percebida aos itens P18. Maternidade dá atenção individualizada e P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente e menor ao item P22. Horário de funcionamento conveniente, item considerado pelas utentes com menor grau de escolaridade, como sendo de maior qualidade percebida.

Finalmente, no que diz respeito à variável independente Distância, relativamente à dimensão Empatia, é possível afirmar que as utentes que se encontram mais longe do hospital atribuem maior qualidade percebida aos itens P18. Maternidade dá atenção individualizada, P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente e P22. Horário de funcionamento conveniente e percebem como sendo de menor qualidade os itens P20. Funcionários dão atenção individualizada e P21. Prioridade dada ao maior interesse da utente. As utentes que estão mais perto do hospital atribuem maior qualidade percebida aos itens P19. Atenção às necessidades específicas de cada utente e P20. Funcionários dão atenção individualizada e atribuem menor qualidade percebida ao item P22. Horário de funcionamento conveniente.

Como já foi mencionado no Capítulo I, “o *Centro Hospitalar Cova da Beira assume-se como uma Unidade Hospitalar moderna e inovadora, preocupada com o desenvolvimento de projectos que permitam o cumprimento da sua missão, que contempla, entre outros objectivos, a prestação de cuidados de saúde efectivos, eficientes e de qualidade à população*”.

Para averiguar se a imagem que as utentes têm do serviço de saúde coincide com a missão desse serviço, considerou-se a resposta à questão final do questionário relativa à qualidade geral do serviço de maternidade do Hospital Pêro da Covilhã, contida na Parte I – Aferição da Percepção, na qual se obteve uma média de 5,89. Este valor é corroborado pela qualidade percebida, com uma média de 5,51, que as utentes atribuem aos elementos tangíveis ligados à modernidade (P1. Equipamento moderno). Tendo em conta que o máximo da escala é 7, pode-se considerar que o serviço cumpre a missão globalmente definida, uma vez que o hospital se preocupa igualmente com a “busca” pela Qualidade: *“A Qualidade é um desafio que o Centro Hospitalar abraçou, com o propósito de assegurar aos seus utentes o acesso a cuidados de saúde de qualidade, salvaguardando, em simultâneo, a sua actuação num quadro de eficiência e de eficácia”*. (...) *“Este compromisso que o Centro Hospitalar assume com a Qualidade pretende incentivar a criação de uma Cultura da Qualidade orientada para o utente, assente num espírito de equipa e cooperação entre os colaboradores, cujo contributo é indispensável e insubstituível, neste desafio da Melhoria da Qualidade e Excelência que se pretende alcançar”*.

Tendo em conta os aspectos que penalizam a qualidade percebida, acima mencionados, seriam de implementar algumas medidas de melhoria no âmbito da flexibilidade do horário de funcionamento, da aquisição de um mobiliário mais confortável para as utentes, da programação atempada das tarefas dos funcionários com vista ao cumprimento atempado das mesmas, da maior disponibilidade para com as utentes e da aposta na formação dos funcionários, com vista a aumentar a confiança que as utentes manifestam nos mesmos e nas suas capacidades.

5.3 Limites da Investigação

A realização desta investigação, no espaço de tempo disponível, impôs, desde logo, o limite de ordem temporal na definição da amostra para a aplicação do questionário SERVPERF que serviu de base a este estudo. Pelo mesmo motivo, só foi possível seleccionar um único serviço e foi necessário optar por um tipo de amostra não aleatória (de conveniência) que abrangeu três meses de recolha de dados.

Outro limite que surge, prende-se com o facto de não se poder estender os resultados obtidos a outros hospitais, não sendo possível, deste modo, garantir a validade externa desta investigação.

Finalmente, aponta-se como último limite o facto de se estar a concluir e confirmar hipóteses perante um $\alpha = 0,10$.

5.4 Perspectivas para trabalho futuro

Dos limites apontados, emerge, desde logo, como perspectiva para trabalho futuro, a possibilidade de aplicação do questionário em serviços distintos do mesmo hospital ou do mesmo serviço em hospitais diferentes, com a possibilidade de ser definida uma amostra aleatória estratificada, que garanta a representatividade de todos os grupos. Desta forma, surgem diversas questões de investigação que se consideram pertinentes efectuar: Será que a qualidade percebida varia de serviço para serviço, dentro do mesmo hospital? ou Será que a qualidade percebida do mesmo serviço varia de hospital para hospital?

Outra perspectiva que se abre é a de se poder aplicar esta investigação ao serviço de saúde privado e averiguar se existem diferenças de percepção dos utentes relativamente ao serviço público. Esta perspectiva poderia levar a que se formulasse uma nova questão de investigação: Será que os utentes de um serviço de saúde privado percebem a qualidade do serviço prestado de uma forma igual ou diferente dos utentes de um serviço de saúde público?

ANEXO 1

Medição da Percepção da Qualidade do Serviço na Maternidade do Hospital Pêro da Covilhã

O presente questionário destina-se a realização de um estudo para uma tese de mestrado. Neste, pretende-se medir o grau de satisfação das utentes do serviço de Obstetrícia relativamente ao serviço prestado pela maternidade do Hospital Pêro da Covilhã (HPC).

As respostas são confidenciais e anónimas! O questionário demorara 10 minutos a ser preenchido.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Questionário sobre a percepção da Qualidade do Serviço

As afirmações seguintes têm a ver com a sua percepção da maternidade do Hospital Pêro da Covilhã (HPC). Por favor, demonstre até que ponto acredita que a maternidade em estudo tem a característica descrita em afirmação. De acordo com a escala fornecida, pretende-se, aqui, saber qual o número que melhor caracteriza a sua percepção sobre o serviço em questão. Não há respostas certas ou erradas. Pretende-se unicamente identificar o número que melhor expressa a sua percepção sobre a maternidade do HPC.

Por favor, utilize a seguinte escala:

Discordo plenamente							Concordo plenamente
1	2	3	4	5	6	7	

Para responder a cada afirmação, pode assinalar com um círculo sobre o número que melhor caracteriza a sua opinião, segundo a escala atrás proposta.

Parte I - Aferição a percepção

Tangibilidade		Discordo Plenamente					Concordo Plenamente
P1	A maternidade do HPC tem equipamento moderno.	1	2	3	4	5	6 7
P2	As instalações da maternidade HPC são visualmente apelativas.	1	2	3	4	5	6 7
P3	Os funcionários da maternidade do HPC estão bem vestidos e tem uma aparência impecável.	1	2	3	4	5	6 7
P4	A aparência das instalações físicas da maternidade do HPC e apelativa e ajustada ao serviço prestado.	1	2	3	4	5	6 7
Confiança							
P5	A maternidade do HPC, quando promete fazer algo dentro de determinado período de tempo, cumpre.	1	2	3	4	5	6 7
P6	Quanto uma utente tem um problema, a maternidade do HPC mostra interesse sincero na resolução desse problema.	1	2	3	4	5	6 7
P7	A maternidade do HPC presta um serviço no qual se pode confiar.	1	2	3	4	5	6 7
P8	A maternidade do HPC disponibiliza o serviço no momento em que se compromete a fazê-lo.	1	2	3	4	5	6 7
P9	A maternidade do HPC insiste em não fazer erros.	1	2	3	4	5	6 7
Capacidade de Resposta							
P10	Os funcionários da maternidade do HPC informam as utentes do momento em que os serviços irão ser prestados.	1	2	3	4	5	6 7
P11	Os funcionários da maternidade do HPC prestam os serviços no momento exacto em que eles são solicitados.	1	2	3	4	5	6 7
P12	Os funcionários da maternidade do HPC estão sempre disponíveis para ajudar as utentes.	1	2	3	4	5	6 7
P13	Os funcionários da maternidade do HPC nunca estarão demasiado ocupados para corresponder aos pedidos das	1	2	3	4	5	6 7

	utentes.							
Garantia								
P14	Pode-se confiar nos funcionários da maternidade do HPC.	1	2	3	4	5	6	7
P15	A senhora sente-se segura durante a prestação do serviço na maternidade do HPC.	1	2	3	4	5	6	7
P16	Os funcionários da maternidade do HPC são consistentemente educados consigo.	1	2	3	4	5	6	7
P17	Os funcionários da maternidade do HPC são simpáticos e tem conhecimento para responder as suas questões.	1	2	3	4	5	6	7
Empatia								
P18	A maternidade do HPC deu-lhe atenção individualizada.	1	2	3	4	5	6	7
P19	Os funcionários da maternidade do HPC entendem as suas necessidades específicas.	1	2	3	4	5	6	7
P20	A maternidade do HPC tem funcionários que lhe dão atenção individualizada.	1	2	3	4	5	6	7
P21	A maternidade do HPC dá-lhe prioridade ao seu maior interesse.	1	2	3	4	5	6	7
P22	A maternidade do HPC tem um horário de funcionamento conveniente a todas as utentes.	1	2	3	4	5	6	7

	Muito Fraca	Excelente					
Como classifica a qualidade geral do serviço de maternidade do Hospital Pêro da Covilhã?	1	2	3	4	5	6	7

Parte II - Importância Relativa

Estão listados, em seguida, cinco aspectos relativos as maternidades e aos serviços que prestam. Gostaríamos de saber qual a importância de cada um destes aspectos para si.

Por favor, distribua 100 pontos entre os cinco aspectos indicados, de acordo com a importância que dá a cada um deles. Verifique, por favor, se os pontos atribuídos somam 100.

1.	A aparência das instalações físicas, equipamento, pessoal e materiais de comunicação da maternidade.	_____ pontos
2.	A capacidade da maternidade prestar os serviços anunciados correctamente.	_____ pontos
3.	A disponibilidade da maternidade ajudar as utentes e prestar o serviço logo que solicitado.	_____ pontos
4.	O conhecimento e a cortesia dos funcionários da maternidade e a sua capacidade de transmitir confiança.	_____ pontos
5.	A atenção individual que a maternidade disponibiliza as utentes.	_____ pontos
Total		100 pontos

Parte III - Dados demográficos

Para responder as questões seguintes, basta colocar um **X** na opção que se adequa a sua situação.

3.1 Faixa etária:

Idades	
≤ 19	
20 - 24	
25 - 29	
30 - 34	
35 - 39	
≥ 40	

3.2 Grau de escolaridade:

Sei ler e escrever	
1º Ciclo do Ensino básico (4º Ano de escolaridade)	
2º Ciclo do Ensino básico (6º Ano de escolaridade)	
3º Ciclo do Ensino básico (9º Ano de escolaridade)	
Ensino Secundário (12º Ano de escolaridade)	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Outro - Qual?	

3.3 Distância da sua residência até ao Hospital Pêro da Covilhã (maternidade):

Distância (em km)	
0 - 4	
5 - 9	
10 - 14	
15 - 19	
20 - 24	
25 - 29	
≥ 30	

Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração e pelo tempo dispendido!

ANEXO 2

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TanP1	Between Groups	16,771	6	2,795	2,262	,047
	Within Groups	88,976	72	1,236		
	Total	105,747	78			
EmpP20	Between Groups	11,167	6	1,861	2,003	,076
	Within Groups	67,820	73	,929		
	Total	78,988	79			

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Dist	(J) Dist	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
TanP1	0-4	5-9	1,382	,441	,053	,00	2,77
		10-14	,682	,564	1,000	-1,10	2,46
		15-19	1,082	,486	,610	-,45	2,61
		20-24	,753	,448	1,000	-,66	2,16
		25-29	,182	,600	1,000	-1,71	2,07
		>=30	,404	,425	1,000	-,94	1,74
	5-9	0-4	-1,382	,441	,053	-2,77	,01
		10-14	-,700	,537	1,000	-2,39	,99
		15-19	-,300	,454	1,000	-1,73	1,13
		20-24	-,629	,413	1,000	-1,93	,67
		25-29	-1,200	,574	,842	-3,01	,61
		>=30	-,978	,389	,296	-2,20	,25
	10-14	0-4	-,682	,564	1,000	-2,46	1,10
		5-9	,700	,537	1,000	-,99	2,39
		15-19	,400	,574	1,000	-1,41	2,21
		20-24	,071	,542	1,000	-1,64	1,78
		25-29	-,500	,673	1,000	-2,62	1,62
		>=30	-,278	,524	1,000	-1,93	1,37
	15-19	0-4	-1,082	,486	,610	-2,61	,45
		5-9	,300	,454	1,000	-1,13	1,73
		10-14	-,400	,574	1,000	-2,21	1,41
		20-24	-,329	,460	1,000	-1,78	1,12
		25-29	-,900	,609	1,000	-2,82	1,02
		>=30	-,678	,438	1,000	-2,06	,70

20-24	0-4		-,753	,448	1,000	-2,16	,66
	5-9		,629	,413	1,000	-,67	1,93
	10-14		-,071	,542	1,000	-1,78	1,64
	15-19		,329	,460	1,000	-1,12	1,78
	25-29		-,571	,579	1,000	-2,40	1,25
	>=30		-,349	,396	1,000	-1,60	,90
25-29	0-4		-,182	,600	1,000	-2,07	1,71
	5-9		1,200	,574	,842	-,61	3,01
	10-14		,500	,673	1,000	-1,62	2,62
	15-19		,900	,609	1,000	-1,02	2,82
	20-24		,571	,579	1,000	-1,25	2,40
	>=30		,222	,562	1,000	-1,55	1,99
>=30	0-4		-,404	,425	1,000	-1,74	,94
	5-9		,978	,389	,296	-,25	2,20
	10-14		,278	,524	1,000	-1,37	1,93
	15-19		,678	,438	1,000	-,70	2,06
	20-24		,349	,396	1,000	-,90	1,60
	25-29		-,222	,562	1,000	-1,99	1,55
EmpP20	0-4	5-9	,721	,383	1,000	-,48	1,93
		10-14	,288	,489	1,000	-1,25	1,83
		15-19	1,255	,421	,082	-,07	2,58
		20-24	,455	,388	1,000	-,77	1,68
		25-29	,055	,520	1,000	-1,58	1,69
		>=30	,297	,365	1,000	-,85	1,45
5-9	0-4	5-9	-,721	,383	1,000	-1,93	,48
		10-14	-,433	,466	1,000	-1,90	1,03
		15-19	,533	,393	1,000	-,71	1,77
		20-24	-,267	,358	1,000	-1,39	,86
		25-29	-,667	,498	1,000	-2,23	,90
		>=30	-,425	,333	1,000	-1,47	,62
10-14	0-4	5-9	-,288	,489	1,000	-1,83	1,25
		10-14	,433	,466	1,000	-1,03	1,90
		15-19	,967	,498	1,000	-,60	2,53
		20-24	,167	,470	1,000	-1,31	1,65
		25-29	-,233	,584	1,000	-2,07	1,60
		>=30	,009	,451	1,000	-1,41	1,43
15-19	0-4	5-9	-1,255	,421	,082	-2,58	,07
		10-14	-,533	,393	1,000	-1,77	,71
		15-19	-,967	,498	1,000	-2,53	,60
		20-24	-,800	,399	1,000	-2,06	,46
		25-29	-1,200	,528	,545	-2,86	,46

	>=30		-,958	,377	,275	-2,14	,23
20-24	0-4		-,455	,388	1,000	-1,68	,77
	5-9		,267	,358	1,000	-,86	1,39
	10-14		-,167	,470	1,000	-1,65	1,31
	15-19		,800	,399	1,000	-,46	2,06
	25-29		-,400	,502	1,000	-1,98	1,18
	>=30		-,158	,339	1,000	-1,23	,91
25-29	0-4		-,055	,520	1,000	-1,69	1,58
	5-9		,667	,498	1,000	-,90	2,23
	10-14		,233	,584	1,000	-1,60	2,07
	15-19		1,200	,528	,545	-,46	2,86
	20-24		,400	,502	1,000	-1,18	1,98
	>=30		,242	,484	1,000	-1,28	1,77
>=30	0-4		-,297	,365	1,000	-1,45	,85
	5-9		,425	,333	1,000	-,62	1,47
	10-14		-,009	,451	1,000	-1,43	1,41
	15-19		,958	,377	,275	-,23	2,14
	20-24		,158	,339	1,000	-,91	1,23
	25-29		-,242	,484	1,000	-1,77	1,28

A2.1 Comparações múltiplas para as variáveis dependentes P1. e P20., através do teste de Bonferroni.

ANEXO 3

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
CapResP10	Between Groups	3,668	2	1,834	1,877	,160
	Within Groups	75,220	77	,977		
	Total	78,887	79			
EmpP20	Between Groups	2,701	2	1,350	1,363	,262
	Within Groups	76,287	77	,991		
	Total	78,988	79			

Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Dist_Categ	(J) Dist_Categ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
CapResP10	Scheffe	1	2	,338	,265	,446	-,32	1,00
		3	-,170	,280	,832	-,87	,53	
	2	1	-,338	,265	,446	-1,00	,32	
		3	-,508	,271	,178	-1,18	,17	
	3	1	,170	,280	,832	-,53	,87	
		2	,508	,271	,178	-,17	1,18	
EmpP20	Scheffe	1	2	,272	,267	,597	-,39	,94
		3	-,170	,282	,834	-,87	,53	
	2	1	-,272	,267	,597	-,94	,39	
		3	-,442	,273	,275	-1,12	,24	
	3	1	,170	,282	,834	-,53	,87	
		2	,442	,273	,275	-,24	1,12	

A3.1 Comparações múltiplas para as variáveis dependentes P10. e P20., através do teste de Scheffé.

Bibliografia

António, N.; Teixeira, A. (2007), *Gestão da Qualidade, De Deming ao modelo de excelência da EFQM*, Edições Sílabo, 1ª Edição, Lisboa.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.

Buttle, Francis (1996), SERVQUAL: review, critique, research agenda, *European Journal of Marketing*, vol. 30, pp. 8-32.

Carman, J. M. (1990), Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions, *Journal of Retailing*, Vol. 66 No. 1, Spring, pp. 33-5.

Cronin, J. Joseph; Taylor, Jr. & Steven A. (1992), Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing*, vol. 56, Julho, pp.55-68.

Cronin, J. Joseph; Taylor, Jr. & Steven A. (1994), SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, *Journal of Marketing*, vol. 58, January 1994, pp. 125-131.

Crosby, Philip B. (1979), *Quality is free: The Art of Making Quality Certain*, New York: New American Library.

Deming, W. E. (1986), *Out of Crisis*, Cambridge: Cambridge University Press

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, Academia das Ciências de Lisboa, II Volume G – Z, Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo, 2001.

Feigenbaum, A V. (1983), *Total Quality Control*, New York: McGraw-Hill.

Garvin, David A. (1983), Quality on the Line, *Harvard Business Review*, 61 (September-October) pp. 65-73.

Grönroos, C. (1982), Strategic Management and Marketing in the Service Sector, *Swedish School of Economics and Business Administration*, Helsinki.

Grönroos, C. (2000), *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, Second Edition, John Wiley & Sons, Ltd England, p. 71.

Hill, M. M.; Hill, A. (2005), *Investigação por Questionário*, 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Juran, J. M. (ed) (1979), *Juran's Quality Control Handbook*, New York: McGraw-Hill

Kirk, J. & Miller, M. (1986), *Reliability and validity in qualitative research*, Beverly Hills, Sage.

Lam, T., Zhang, H. Q., (1998), Service quality of travel agents: the case of travel agents in Hong Kong, *Tourism Management*, 20 (1999) pp. 341-349

Lehtinen, J.R. and Lehtinen, O. (1982), Service quality: a study of quality dimensions, *unpublished working paper*, Service Management Institute, Helsinki.

Lessard-Hébert M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994), *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*, Lisboa, Instituto Piaget.

Lewis, Robert C. and Bernard H. Booms (1983), The Marketing Aspects of Service Quality, in *Emerging Perspective on Services Marketing*, L. Berry, G. Shostack, and G. Upah, eds.

Lewis, B. R. (1993), *Service quality measurement*, Marketing Intelligence and Planning, Vol. 11 N° 4, pp. 4-12.

Maroco, J. (2007), *Análise Estatística, Com utilização do SPSS*, 3ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Morton-Williams (1986), “A study of interviewer Recording of respondent’s answers”, *Joint Center for Survey Methods Newsletter*, p. 12-13.

Parasuraman, A.; Berry, Leonard L.; Zeithalm, Valarie A. (1985), “A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, 49 (Fall).

Parasuraman, A.; Berry, Leonard L.; Zeithalm, Valarie A. (1988), “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, *Journal of Retailing*, 64 (Spring).

Parasuraman, A.; Berry, Leonard L.; Zeithalm, Valarie A. (1991), “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Retailing* Vol. 70, N° 3.

Parasuraman, A.; Berry, Leonard L.; Zeithalm, Valarie A. (1994), “Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria”, *Journal of Retailing*, p. 420.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2005), *Análise de dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*, 4ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Pinto, Sofia S. (2003), *Gestão dos Serviços – A Avaliação da Qualidade*, Editorial Verbo, p. 46.

Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 1ª Edição: Outubro de 1992, Lisboa, Publicações Gradiva.

Reis, E., Melo, P., Andrade, R. & Calapez, T. (1999), *Estatística Aplicada*, 3ª Edição, Lisboa. Edições Sílabo.

Rocha, J. A. Oliveira (2006), *Gestão da Qualidade – Aplicação aos Serviços Públicos*, Escolar Editora, Lisboa.

Salazar, A. K., Costa, J. e Rita, P., (2005), A Qualidade do Serviço, As Percepções dos Consumidores e dos Directores dos Hotéis de 4 e 5 Estrelas das Cadeias Hoteleiras em Portugal, *Actas das XV Jornadas Hispano-Lusas de Gestão Científica*, Sevilha, Espanha.

Salazar, A. (2000). A avaliação da qualidade dos serviços: O caso de uma seguradora, *Revista Portuguesa de Gestão*, 15 [3], pp. 59-64.

Saleh, F. e Ryan, C., (1991), Analyzing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model, *The Service Industries Journal*, 11[3, July], pp. 324-343.

Sasser, W. Earl, Jr., R. Paul Olsen, and D. Daryl Wyckoff (1978), *Management of Service Operations: Text and Cases*, Boston: Allyn & Bacon.

Tuckman, B. (2000), *Manual de Investigação em educação*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Vicente, P.; Reis, E.; Ferrão, F. (1996), *Sondagens – A amostragem como factor decisivo de qualidade*, 1ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Wöfl, A. (2005), The Service Economy in OECD Countries: OECD/Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII), OECD Science, *Technology and Industry Working Papers*, 2005/3, OECD Publishing.

Yin, R. K.; (2005), *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*, 3ª Edição, Porto Alegre, Bookman.

Sítios na Internet:

Instituto Nacional de Estatística:

www.ine.pt consultado a 8 de Setembro de 2008

Centro Hospitalar Cova da Beira:

<http://www.chcbeira.min-saude.pt/Hospital/> consultado a 2 de Fevereiro de 2009 e a 26 de Agosto de 2009