



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇO NUMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE PRIVADA EM LISBOA

Sandra Cristina Pereira da Silva

Dissertação de Mestrado em Gestão

Orientadora:

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

Co-orientador:

Prof. Adalberto Campos Fernandes, Prof. Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública,
da Universidade Nova de Lisboa

Outubro 2014

AGRADECIMENTOS

A realização da presente dissertação não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas, a quem expresso a minha mais profunda gratidão.

À professora Doutora Sofia Portela, minha orientadora desta dissertação, agradeço a sua amizade, colaboração e a sua total disponibilidade em todas as fases desta investigação.

Ao professor Doutor António Bugalho de Almeida agradeço o seu apoio incondicional, a sua compreensão e dedicação, as suas críticas e sugestões. Agradeço ainda o estímulo e a coragem que me deu para avançar na concretização da dissertação.

Ao Professor Adalberto Campos Fernandes agradeço todo o apoio e a sua disponibilidade durante a execução deste trabalho.

Agradeço à Rosana e à Nilza, pela amizade, pelo apoio e contribuição para a melhoria deste trabalho, com quem eu sempre pude contar.

Agradeço à Rita, que sempre acreditou em mim e me incentivou a lutar neste caminho percorrido, sem nunca me deixar desistir. À minha filha Catarina, fonte da minha coragem e determinação, agradeço o carinho, a paciência, a compreensão e o amor incondicional que me deu.

Ao meu marido Gonçalo, agradeço-lhe ter-me proporcionado esta oportunidade de evolução e agradeço o amor oferecido no decorrer desta etapa.

Agradeço aos meus pais, o apoio e a disponibilidade dados em todos os momentos que necessitei. Aos tios, avós e sogros, um muito obrigado.

A Xana, ao António, à Isa, à Antónia e a Clara, agradeço a sua ajuda e o seu apoio sempre que necessitei.

Finalmente, agradeço aos responsáveis que autorizaram a realização deste estudo e aos utentes que despenderam o seu tempo a responder ao questionário.

RESUMO

A qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação constante de muitos prestadores.

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a qualidade de serviço pelos utentes de uma organização privada de prestação de cuidados de saúde, através da aplicação do modelo SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1988), que incorpora as dimensões de elementos tangíveis, fiabilidade, segurança, capacidade de resposta e empatia.

A investigação baseou-se na análise dos dados que foram recolhidos através da aplicação do questionário SERVQUAL. A amostra do estudo foi constituída por 161 pacientes de ambulatório, dos quais 62% são do sexo feminino, com idade média de 52 anos.

A avaliação da consistência interna das dimensões, através do *Alpha de Cronbach*, permitiu concluir que as dimensões de qualidade de serviço têm níveis satisfatórios de consistência interna, pelo que pode ser aplicado a esta instituição de saúde.

Os valores médios das expectativas dos inquiridos foram ligeiramente superiores às suas perceções, em todas as dimensões de qualidade de serviço.

Ao analisarem-se os valores médios nas perceções, verificou-se que as dimensões mais concordantes foram em primeiro lugar a segurança, seguida pelos elementos tangíveis, a fiabilidade, a empatia e, por fim, a capacidade de resposta. No que concerne às expectativas, os inquiridos valorizaram em primeiro lugar a segurança, depois a fiabilidade, a empatia, a capacidade de resposta e por último os elementos tangíveis.

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

Sistema de Classificação JEL: M10 e I10

ABSTRACT

The quality of health care has been a concern for many providers, particularly in the last decade.

The aim of this study was to evaluate the perceived quality by patients' of an health care private organization, through the application of the SERVQUAL model of Parasuraman *et al.* (1988), which incorporates the services' dimensions: tangibility, reliability, security, responsiveness and empathy.

The research was based on analysis of data that were collected through the questionnaire SERVQUAL, without adaptations. The study sample consisted of 161 outpatients of whom 62% were female, with an average age of 52 years.

The internal consistency of the dimensions through Cronbach Alpha, concluded that the service dimensions have satisfactory levels of internal consistency, so, it can be applied to this health institution.

The mean values of patients' expectations were slightly higher than perceptions in all service quality dimensions.

By analyzing the mean values in perceptions, it was found that the most consistent dimensions were: first security, then the tangible elements, reliability, empathy and responsiveness. Regarding the expectations, they valued safety in the first place, then reliability, empathy, responsiveness and in the last place the tangible elements.

Keywords: Quality, Service Quality, SERVQUAL, Healthcare.

System JEL classification: M10 e I10

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	1
1.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	4
1.3 ESTRUTURA DA TESE.....	4
2. O SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL.....	6
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 O CONCEITO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES	12
3.2 DEFINIÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE.....	14
3.3 DIMENSÕES DA QUALIDADE.....	17
3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇO NA SAÚDE	20
3.5 QUALIDADE DE SERVIÇO PERCEBIDA NA SAÚDE.....	21
3.6 A RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE PERCEBIDA E SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	22
3.7 MODELOS DE QUALIDADE DE SERVIÇO PERCEBIDA NA SAÚDE.....	24
3.7.1 Modelo <i>SERVQUAL</i> ou Modelo de Parasuraman et al. (1985, 1988, 1991).....	24
3.7.2 Modelo de qualidade de Cronin e Taylor (1992) e a escala <i>SERVPERF</i>	32
3.7.3 Modelo da Qualidade Total Percebida de Grönroos (1984).....	33
3.7.4 Modelo 4Q de Gummesson (1987).....	35
3.7.5 Modelo de Grönroos- Gummesson (1987) da Qualidade.....	36
3.7.6 Modelo hierárquico e multidimensional, de Brady and Cronin (2001)	37
4. METODOLOGIA.....	40

4.1 UNIVERSO E AMOSTRA.....	40
4.2 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	41
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	41
5. RESULTADOS.....	42
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	42
5.2 ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS DO SERVQUAL.....	45
5.3 ANÁLISE DAS PERCEÇÕES RELATIVAS À QUALIDADE DE SERVIÇO	46
5.3.1 Perceção relativamente à “Tangibilidade” dos serviços	46
5.3.2 Perceção relativamente à “Fiabilidade” dos serviços.....	47
5.3.3 Perceção relativamente à “Capacidade de Resposta” dos serviços.....	48
5.3.4 Perceção relativamente à “Segurança” dos serviços	49
5.3.5 Perceção relativamente à “Empatia” dos serviços.....	50
5.4 ANÁLISE DAS EXPECTATIVAS RELATIVAS À QUALIDADE DE SERVIÇO.....	51
5.4.1 Análise das expectativas relativas à dimensão “tangibilidade”	52
5.4.2 Análise das expectativas relativas à “fiabilidade”	53
5.4.3 Análise das expectativas relativas à “capacidade de resposta” (fig. 29 e 30)	54
5.4.4 Análise das expectativas relativas à “segurança”	55
5.4.5 Análise das expectativas relativas à “empatia”.....	56
5.5 ANÁLISE DA QUALIDADE PERCEBIDA GLOBAL DO SERVIÇO.....	57
5.6 ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP’S DAS DIMENSÕES POR GÉNERO.....	58

5.7 ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR CLASSES ETÁRIAS	58
5.8 ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	59
6. CONCLUSÕES.....	60
6.1 LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO.....	62
6.2 RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- FINANCIAMENTO DA SAÚDE, POR COMPONENTES DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS, NOS ANOS 2000 E 2004.	7
TABELA 2 - SUBSISTEMAS DE SAÚDE E ABRANGÊNCIA	9
TABELA 3 - AS 5 DIMENSÕES UTILIZADAS NO MODELO SERVQUAL E SUA CORRESPONDÊNCIA COM OS 22 ITENS DO QUESTIONÁRIO.	26
TABELA 4 - ALPHA DE CRONBACH.....	45
TABELA 5 - VALORES MÉDIOS DO GAP POR DIMENSÃO.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - ESQUEMA REPRESENTATIVO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	7
FIGURA 2 - DETERMINANTES DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS, ADAPTADO PELA AUTORA.....	27
FIGURA 3 - MODELO SERVQUAL DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS.....	28
FIGURA 4 - MODELO DA QUALIDADE TOTAL PERCECIONADA.....	34
FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO DO MODELO DE GUMMESSON (1987)	36
FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO DO MODELO DE GRÖNROOS- GUMMESSON (1987).....	37
FIGURA 7 - MODELO HIERÁRQUICO E MULTIDIMENSIONAL DE BRADY AND CRONIN (2001) .	39
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO COM N=161.....	42
FIGURA 9 - HISTOGRAMA IDADE.....	43
FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO POR CLASSES ETÁRIAS COM N=161	43
FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS COM N= 161.....	44
FIGURA 12 - SERVIÇOS UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO, COM N=161	44
FIGURA 13- FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS COM N=161	45
FIGURA 14 - ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DA DIMENSÃO “TANGIBILIDADE”	46
FIGURA 15 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DE “TANGIBILIDADE”	47
FIGURA 16 - ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DA DIMENSÃO “FIABILIDADE”	48
FIGURA 17 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DE “FIABILIDADE”	48
FIGURA 18 - ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DA DIMENSÃO “CAPACIDADE DE RESPOSTA” .	49
FIGURA 19 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DE “CAPACIDADE DE RESPOSTA”	49

FIGURA 20 - ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DA DIMENSÃO “SEGURANÇA”	50
FIGURA 21 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DE “SEGURANÇA”	50
FIGURA 22 - ITENS ASSOCIADOS À DIMENSÃO “EMPATIA”	51
FIGURA 23 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS À PERCEÇÃO DE “EMPATIA”	51
FIGURA 24 - ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DA DIMENSÃO “TANGIBILIDADE”	52
FIGURA 25 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DE “TANGIBILIDADE”	52
FIGURA 26 - ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DA DIMENSÃO “FIABILIDADE”	53
FIGURA 27 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DE “FIABILIDADE” ..	53
FIGURA 28 - ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DA DIMENSÃO “CAPACIDADE DE RESPOSTA”	54
FIGURA 29 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DE “CAPACIDADE DE RESPOSTA”	54
FIGURA 30 - ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DA DIMENSÃO “SEGURANÇA”	55
FIGURA 31 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DE “SEGURANÇA” ...	55
FIGURA 32 - ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DA DIMENSÃO “EMPATIA”	56
FIGURA 33 - VALOR MÉDIO DOS ITENS ASSOCIADOS ÀS EXPECTATIVAS DE “EMPATIA”	56
FIGURA 34 - QUALIDADE DO SERVIÇO	58

1. INTRODUÇÃO

1.1 Enquadramento e fundamentação do estudo

A procura da qualidade deixou de ser apenas preocupação das empresas industriais mas generalizou-se por todo o tipo de organizações, sendo que atualmente, todas aquelas que pretendem desenvolver-se e prosperar devem estabelecer essa procura como prioritária (Mezomo, 2001).

Atualmente a medicina é exercida num palco com diversos interesses em conflito, numa mudança tecnológica e científica sem precedentes. O nível de exigência e expectativa de um bom resultado terapêutico, de uma população de doentes, considerados agora como consumidores de serviços de saúde, é cada vez maior (Fragata, 2006). A principal preocupação das organizações prestadoras de serviços, nomeadamente, as hospitalares, é a procura pela excelência da qualidade dos serviços, com foco na satisfação e na superação das expectativas dos clientes.

A qualidade em cuidados de saúde tem vindo a ser considerada como uma componente estratégica na grande maioria dos países a nível mundial, independentemente do tipo de sistema de saúde em vigor e do nível de desenvolvimento económico em cada país (Serapioni, 2009). A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde é uma questão atual e fundamental na prática clínica e na formulação de políticas da saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (SNS) 2011-2016, a qualidade em saúde implica, para além do melhor desempenho possível, uma adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas dos cidadãos. Atualmente, as políticas de qualidade nos cuidados de saúde tem seguido a mesma tendência dos restantes países da União Europeia.

No contexto atual, é crucial aumentar a qualidade do serviço prestado particularmente no setor da saúde dado existirem diversas organizações de saúde a operarem no setor privado, com conseqüente aumento da competitividade. Ribeiro (2003) afirma que as organizações de saúde devem avaliar regularmente a forma como os seus utentes percebem a qualidade dos serviços que lhes são concedidos. A medição da qualidade é um dos tópicos mais importantes em todos os serviços, inclusive nos serviços de saúde, porque, sem

medições válidas é difícil estabelecer e implementar estratégias de gestão da qualidade do serviço.

Essa avaliação e medição ajudam a delinear estratégias, de forma a atingir a excelência na qualidade dos cuidados de saúde prestados e de forma a atrair e fidelizar utentes. Zineldin (2006) acrescenta que se devem satisfazer as expectativas dos utentes de forma a incrementar a qualidade do serviço prestado.

Mezomo (2001) acrescenta que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve ser feita pelos utentes e não pelas organizações prestadoras dos serviços e que a força da organização está na fidelização dos seus utentes.

No sector da saúde, a prestação de cuidados de saúde envolvem procedimentos e técnicas com elevada complexidade técnica e emocional e com riscos implícitos nos serviços prestados. Assim, a qualidade técnica dos serviços prestados, as competências técnicas dos profissionais de saúde e a efetividade do resultado obtido é difícil de avaliar. Neste contexto, Zeithamal *et al.* (1993) defendem que os clientes deste tipo de serviços (neste caso, os utentes) vão basear os seus julgamentos de qualidade, em outros atributos como: o aspeto das instalações físicas e dos técnicos, o tempo de espera, a capacidade em resolver problemas, a relação de empatia, a cortesia, a confiança, entre outros.

No seguimento do acima exposto, Parasuraman *et al.* (1985, 1988) acrescentam que a metodologia existente para compreender a qualidade dos produtos, não é suficiente para compreender a qualidade dos serviços, porque estes apresentam características distintas. Assim sendo, a qualidade é definida examinando outros aspetos que englobam o meio ambiente, o meio físico e as relações interpessoais, ultrapassando deste modo, os parâmetros utilizados para avaliar qualidade dos produtos.

A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços em saúde que permitam diagnosticar o funcionamento da organização e contribuam para a melhoria contínua dos processos técnicos, organizacionais e dos resultados, é crucial perante o contexto atual de modernização e de melhoria contínua dos cuidados de saúde focalizados na satisfação dos doentes, considerados prioritários dentro do sistema (Sampaio, 2014).

A qualidade dos cuidados de saúde é um conceito multidimensional que pode ser abordado sob diversas perspetivas. Além disso, as particularidades e especificidades dos cuidados de prestação dos cuidados de saúde, bem como os riscos inerentes, tornam esta temática impercetível. Para clarificarmos este conceito, e aferirmos a qualidade dos serviços em saúde dentro de contextos concretos, devemos compreender as perceções, as expectativas e as necessidades dos utentes e os fatores que influenciam a sua satisfação. No entanto a perceção dos clientes/ utentes relativamente à qualidade dos serviços é difícil de ser mensurada.

Apesar desta dificuldade, diversos autores investigaram a temática da qualidade dos serviços e desenvolveram modelos que permitem avaliar a qualidade percebida pelos utentes/ consumidores, entre eles: Parasuraman (1988), Cronin e Taylor (1992), Grönroos (1984), Gummesson (1987) e Brady e Cronin (2001).

Duas das ferramentas mais amplamente citadas e utilizadas na literatura que podem ser aplicados em diversos setores, inclusive no da saúde, e que possibilitam medir o nível de qualidade percebida dos serviços derivam da investigação de Parasuraman *et al.* (1985, 1988, 1991) e de Cronin e Taylor (1992). Ambos os autores criaram escalas que permitem medir a qualidade de serviço percebida, denominadas de SERVQUAL e SERVPERF, respectivamente. O objetivo da escala SERVQUAL é medir as expectativas e as perceções dos clientes relativamente à qualidade de serviço, uma vez que Parasuraman *et al.* (1985, 1988, 1991) afirmam existir uma diferença ou *Gap* entre as expectativas e a perceção da qualidade do serviço percebido pelos consumidores. E que diminuindo essa diferença, incrementa-se a qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes/ utentes.

Foi esta escala, a escala SERVQUAL, que foi aplicada aos utentes numa organização de saúde privada no distrito de Lisboa, para se aferir a qualidade de serviço percebido.

1.2 Objetivos Gerais e Específicos da Investigação

O objetivo geral e principal desta investigação consiste em avaliar a qualidade de serviço percebida do serviço pelos utentes de uma organização de saúde privada utilizando o modelo SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1988).

Seguidamente apresentam-se os objetivos específicos:

Objetivo 1: efetuar uma revisão da literatura por forma a abordar os conceitos teóricos da qualidade em saúde, qualidade dos serviços em saúde e qualidade percebida pelos utentes. Apresentar resumidamente os modelos que permitem averiguar a qualidade percebida e mais detalhadamente o modelo SERVQUAL;

Objetivo 2: determinar quais as perceções e expectativas dos utentes relativamente às várias dimensões de qualidade de serviço e quais as mais valorizadas;

Objetivo 3: determinar o gap entre a qualidade de serviço esperada e a percebida, por dimensão;

Objetivo 4: analisar as diferenças estatísticas dos *GAP's* por género, grupos etários e regularidade de frequência de visita à organização de saúde;

1.3 Estrutura da Tese

Esta investigação está estruturada em seis capítulos. Na introdução faz-se o enquadramento e a fundamentação do estudo e enumeram-se os principais objetivos propostos. O capítulo dois aborda o setor da saúde em Portugal e respetivo sistema, bem como os subsistemas de saúde vigentes. Na revisão do estado da arte, capítulo três, abordam-se os conceitos de serviços, de serviços em saúde e respetivas particularidades. Ainda, são apresentadas definições de qualidade em saúde e as suas dimensões, segundo diversos autores. Por fim, desenvolve-se a temática da avaliação da qualidade de serviço e qualidade de serviço percebida na saúde e descrevem-se os modelos de qualidade de serviço. O capítulo quatro apresenta a metodologia utilizada na investigação, caracteriza a amostra, evidencia o método e instrumento de recolha dos dados e indica as técnicas estatísticas utilizadas na

análise estatística dos dados. No capítulo cinco apresentam-se os resultados estatísticos e no capítulo seis, as conclusões da investigação, as limitações do estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

2. O SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL

Boquinhas (2012) considera que a proteção da saúde passou a ser uma preocupação “imposta” pelo Estado-Providência uma vez que é responsabilidade dos governos conservar as condições de vida mínimas a todos os cidadãos. O desenvolvimento da economia, segundo este autor, encontra-se intimamente relacionada e dependente da manutenção e melhoria da saúde dos indivíduos trabalhadores.

Um sistema de saúde constitui-se por uma rede de instituições que prestam cuidados de saúde e que mantêm inter-relações entre si. É fundamental que o conjunto das instituições se articulem e estejam organizados segundo regras orientadoras transversais, pois só assim é um sistema e não um somatório de instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Segundo o mesmo autor, um sistema de saúde, i.e. o conjunto organizado e correlacionado dos agentes prestadores de cuidados de saúde às populações, não está isolado dos restantes sistemas governamentais, estando mesmo dependente de outros sistemas como o político, o social e o económico, orientando-se assim com base no objetivo de conseguir ganhos em saúde.

Para Silva (2009) o sistema de saúde português é constituído: pelo (I) Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelos (II) Subsistemas de saúde (a) públicos e (b) privados, pelo (III) setor segurador (com seguros individuais e de grupo), e pelo (IV) setor privado *puro* que se consubstancia no financiamento diretos dos cidadãos.

O sistema de saúde português teve início, com a primeira tentativa de organização, no ano de 1707, através da génese da Procuradoria-Mor da Saúde. Após vários avanços e passando por várias entidades como por exemplo a Federação das Caixas de Providência, em 1958 é criado pela primeira vez o Ministério da Saúde, que representou um importante papel na uniformização das carreiras médicas e da administração hospitalar e hoje é responsável pela definição e desenvolvimento das políticas de saúde, bem como pela gestão e orçamentação do Serviço Nacional de Saúde. Apenas no ano de 1979, pela Lei nº56/79 de 15 de Setembro, e após a extinção do regime de ditadura, foram criadas as condições para a instituição do Serviço Nacional de Saúde de Portugal. Na figura 1 é apresentado um esquema representativo da realidade do sistema de saúde português, que se passa a caracterizar individualmente abaixo.

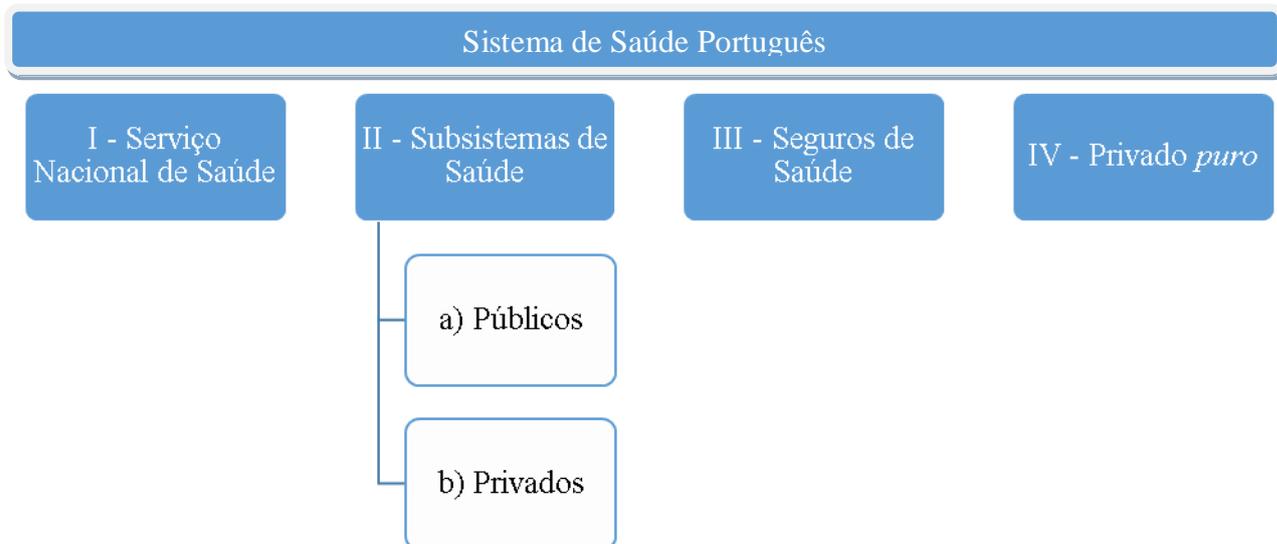


Figura 1 - Esquema representativo do sistema de saúde português

Para elucidação, na tabela 1 segue a composição do financiamento da Saúde nos anos 2000 e 2004 segundo as várias representações que compõem o sistema de saúde português.

		2000		2004	
		(%)		(%)	
Financiamento Público	SNS	61.12	72.91	57.57	71.16
	Subsistemas	6.4		7	
	Outro	4.43		5.73	
	Segurança Social	0.96		0.86	
Financiamento Privado	Subsistemas	1.72	27.09	2.24	29.04
	Seguros privados voluntários	1.44		2.47	
	Pagamento diretos	23.19		23.56	
	Outro	0.74		0.77	

Tabela 1- Financiamento da saúde, por componentes do sistema de saúde português, nos anos 2000 e 2004.

Fonte: Barros e Simões (2007)

I – Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O modelo de Sistema Nacional de Saúde nasceu em Inglaterra em 1948 e as linhas orientadoras da sua génese traduzem-se em (1) financiamento maioritariamente através das contribuições (i.e. impostos) dos cidadãos, com gestão por parte do Orçamento de Estado;

(2) universal; (3) geral e (4) organizado numa rede integrada de prestadores nacionais, maioritariamente públicos (Boquinhas 2012).

O Sistema Nacional de Saúde português (SNS), acessível para toda a população portuguesa e salvaguardado por direito constitucional, onde é caracterizado por geral, universal e tendencialmente gratuito, envolve todos os cuidados integrados de saúde - a nível preventivo, curativo, de diagnóstico, reabilitação e vigilância.

Após a criação do SNS, em 1990 a Lei das Bases da Saúde, bem como o Decreto-Lei nº54/92, de 12 de Abril, vieram definir o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde, passando o SNS a ser considerado como uma rede de cuidados de saúde. Assim, surgiu em 1995 a definição de ARS – Administrações Regionais de Saúde e de unidades funcionais entre hospitais e centros de saúde, com vista a potencializar a integração entre os cuidados primários, secundário e terciários.

Atualmente o SNS tem autonomia administrativa e financeira, caracterizando-se por uma estrutura organizativa descentralizada, dispondo de uma rede de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e especializados/ diferenciados, e órgãos responsáveis centrais, regionais e locais.

Também com a Lei das Bases, o setor privado foi estimulado a garantir e investir na gestão privada de instituições de saúde., tal como abordado no subcapítulo II – b).

II – Subsistemas de Saúde

Boquinhas (2012: 89) define os subsistemas de saúde como “*entidades de natureza pública ou privada de base profissional que, por lei ou por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos*”

Atualmente, e após a extinção dos acordos com o SNS (o último a ser extinto foi com o SAMS Norte, em 2011), os subsistemas são apenas complementares ao SNS e abrangem aproximadamente 20% da população, sendo o subsistema público dos funcionários do estado – Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) o maior, com abrangência de 13% da população.

Os subsistemas são também caracterizados pelo funcionamento em grupo solidário e com natureza obrigatória, com exceção da ADSE – os funcionários do Estado podem escolher sobre a adesão e/ou manutenção neste subsistema.

Na tabela 2 são apresentados os dados publicados pela Entidade Reguladora da Saúde, em Dezembro de 2009, sobre os subsistemas de saúde, o número de utentes e de prestadores convencionados.

Subsistemas de Saúde	N.º de utentes	N.º de prestadores convencionados
ADSE	1.338.111	2.049
ADM	152.000	420
SAMS	117.000	580
PT-ACS	105.036	8.722
SAD/GNR	102.000	640
SAD/PSP	85.000	1.200
SSMJ	34.000	2.400

Tabela 2 - Subsistemas de saúde e abrangência

Fonte: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf, em 24/09/2014

Subsistemas Públicos

Na publicação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS) intitulada Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde Pelos Subsistemas e Seguros de Saúde (2009: 13) os subsistemas públicos são caracterizados como “*entidades de natureza pública, criadas por Lei, que participam financeiramente nos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que asseguram essa mesma prestação a esses mesmos beneficiários, regra geral através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde com os quais celebraram um acordo ou convenção ou através dos estabelecimentos hospitalares do SNS*”.

a) Subsistemas Privados

Os subsistemas privados caracterizam-se como entidades de natureza privada que asseguram ou compartilham prestações de saúde a um grupo de cidadãos através de uma contratualização obrigatória.

Segundo a ERS (2009) estes sistemas são assim financiados por descontos efetuados diretamente sobre os salários dos beneficiários, por pagamento de quotas ou através de outro tipo de contribuições, nomeadamente pelas próprias entidades patronais.

Como visto na tabela 1, representavam em 2004 uma percentagem do financiamento sistema de saúde semelhante ao dos seguros privados de natureza opcional.

III – Seguros de Saúde

Os seguros privados de saúde, subscritos de forma livre pelos cidadãos, inserem-se no ramo Não Vida e permitem aos seus subscritores ter acesso a redes de prestadores privados de saúde sem terem de fazer pagamento direto da totalidade dos serviços, através do pagamento de um prémio periódico. A pessoa segura pode subscrever o seguro tendo em a existência de três tipos de modalidades: (a) prestações convencionadas, onde o utilizador beneficiário acede a um prestador convencionado com a seguradora de forma gratuita ou efetuando um pagamento inferior ao valor normal da prestação; (b) prestações indemnizatórias, em que o beneficiário é ressarcido posteriormente pela seguradora de parte/ totalidade do valor pago; (c) combinação de ambas as modalidades apresentadas.

Conforme a Associação Portuguesa de Seguradores (2009) tem-se verificado que o número de seguros de saúde é já bastante considerável. No ano de 2008 encontravam-se cerca de 2.178.149 pessoas cobertas por este tipo de seguro, correspondendo a 930.243 beneficiários individuais e a 1.247.906 beneficiários de seguros de grupo/ empresariais.

IV – Privado *puro*

O recetor da prestação de cuidados, i.e. o individuo custeia, através de pagamento direto e com base nos valores tabelados, os cuidados recebidos.

Como verificado na tabela 1, esta é ainda a forma com maior relevância de financiamento privado do sistema de saúde português, correspondendo a uma contribuição superior à soma de todos os outros financiamentos, com exceção do SNS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentam-se as características fundamentais dos serviços de uma forma geral, e as características particulares dos serviços de saúde. Aborda-se a temática da gestão em saúde e respetiva especificidade. Apresentam-se definições de qualidade em saúde, segundo diversos investigadores e evidencia-se a sua evolução. As definições mais recentes incorporam a perspetiva dos utentes, com vista a satisfazer as suas necessidades e as suas expectativas tendo como objetivo a sua satisfação. Expõem-se as perspetivas dos diversos intervenientes envolvidos no processo de prestação de cuidados de saúde. Identificam-se as dimensões de qualidade em saúde e as dimensões que Parasuraman *et al.* (1988) utilizam no modelo SERVQUAL para avaliar a qualidade percebida na perspetiva do utilizador dos serviços. Evidencia-se a qualidade percebida na saúde e a sua relação com a satisfação dos utentes. Por fim, apresentam-se os modelos de qualidade de serviço percebida que podem ser aplicados na área da saúde.

3.1 O Conceito de serviços de saúde e suas particularidades

Os serviços apresentam características distintas e peculiares que os diferenciam dos produtos. Parasuraman *et al.* (1991) afirmam que são três as características fundamentais dos serviços: 1) intangíveis, logo são julgados pelo desempenho e pelas experiências anteriores vividas pelos clientes; 2) heterogéneos, com desempenhos e avaliações diferentes conforme se trate do fornecedor de serviços ou do cliente; 3) produzidos e consumidos em simultâneo, logo, a qualidade ocorre durante a prestação do serviço, o que dificulta os processos de controlo e avaliação. Grönroos (2004) acrescenta que devido a estas características, os serviços não podem ser armazenados e são uma atividade ou processo cujo valor principal é produzido nas interações entre comprador e vendedor.

Rocha (2006) refere que, assim torna-se difícil a operacionalização da qualidade nos serviços, já que esta não se refere apenas à componente técnica dos procedimentos e comportamentos do prestador do serviço, mas engloba também a satisfação do utente.

A prestação de cuidados de saúde engloba diversos aspetos peculiares. Por um lado, o aumento das expectativas e das exigências das populações cada vez mais informadas sobre os seus direitos e sobre os progressos que a medicina tem vindo a observar ao longo das

últimas décadas. Por outro lado, o aumento dos custos que tais progressos, tecnológicos, farmacológicos acarretam e as disponibilidades orçamentais, nomeadamente quando o financiamento é feito pelo erário público. Ela depende também do diagnóstico das necessidades das populações e das prioridades estabelecidas por quem tem o poder da decisão. Na certeza de que deverá sempre observar três aspetos, o de eficiência, equidade e segurança.

Para Boquinhas (2012), são quatro as especificidades da gestão em saúde que levam a este setor ser particular no que concerne à sua gestão, apresentando-se os mesmos de seguida.

O sistema de valores que serve de base aos cuidados de saúde é particular e acentuado uma vez que, a relação de confiança que se estabelece entre os utilizadores e os prestadores de serviços é mais peculiar devido ao serviço que é prestado. O respeito pela dignidade humana, a privacidade, a garantia e a promoção da equidade são os destacados por Boquinhas (2012). Para além disso, a responsabilização dos prestadores pela comunidade a nível do cuidado no atendimento dos utilizadores, acrescendo a fragilidade dos mesmos perante a doença, são fatores que são exponenciados neste tipo de serviço.

Considera que devido aos vários intervenientes no setor da saúde, as relações entre os mesmos são mais completos e complexos do que nos restantes setores, acrescendo o facto de que o que os utilizadores procuram (saúde) quando recorrem aos prestadores de serviços não é o que estes têm para oferecer (cuidados de saúde). Para além disso, devido à elevada complexidade técnica, a maior parte das vezes o utilizador do serviço não tem conhecimento e poder para decidir, sendo o profissional de saúde a decidir, com base nos recursos disponíveis, qual a melhor opção para o utilizador.

O facto de o cidadão procurar um prestador de cuidados de saúde significa também, e ao contrário do mercado geral, que tem uma necessidade por detrás, não assentando apenas numa vontade de adquirir ou usufruir de um novo produto/ serviço. Aliado a este facto, o preço tem menor importância uma vez que o que o indivíduo adquire é essencial, existindo ainda a difícil perceção por parte do utilizador dos serviços que lhe são prestados e da qualidade dos mesmos, assentando por isso a sua avaliação em aspetos relacionais, interpessoais e de ambiente.

Relativamente aos recursos e processos produtivos: os prestadores de saúde, devido à natureza técnica dos serviços que prestam, recorrem a tecnologia especializada e a produtos e consumíveis de elevados custos; por outro lado, os resultados e processos produtivos são difíceis de organizar, coordenar e mensurar.

No que respeita à contenção de gastos: os valores avultados que um prestador de saúde incorre, a contenção e gastos, bem como as soluções para o financiamento dos serviços são dois desafios que são colocados aos gestores da área da saúde.

Mezomo (2001) refere ainda que a administração nas organizações de saúde apresentam características únicas tais como: 1) individualização do serviço prestado, isto é, os cuidados médicos prestados devem ser adaptados às necessidades individuais de cada utente; 2) a indústria da prestação de cuidados da saúde é a mais profissionalizada e 3) a saúde e a prestação dos cuidados de saúde são extraordinariamente complexos, devido: à natureza variada dos mecanismos envolvidos na interação entre prestadores dos cuidados de saúde e utilizadores do sistema, à interface dos objetivos do sector público com os interesses do sector privado, às obrigações do sector face à grande dependência de financiamento e por fim, devido às complicadas relações que se estabelecem intra e inter-sistemas.

3.2 Definição de Qualidade em Saúde

A literatura acerca da qualidade nos cuidados da prestação de serviços é extensa e difícil de sistematizar e dependendo do paradigma pode ser definida e entendida de diferentes formas. Apesar da tentativa dos investigadores em desenvolverem uma definição única de qualidade da prestação dos cuidados de saúde, de facto, ela foi definida de muitas maneiras.

A evolução do conceito de qualidade tem variado ao longo do tempo conforme as circunstâncias em que é aplicado, mas influenciando sempre os modelos de gestão. Segundo França (2008) a preocupação de que os cuidados de saúde sejam seguros, eficientes e equitativos, generalizou-se pelos cidadãos e pelas instituições. E acrescenta que, com esta generalização surgiram diversas abordagens ao conceito de qualidade dos cuidados médicos, e que como consequência, resultaram diversas definições imbuídas das perspetivas dos diferentes interessados do mercado da saúde.

Segundo muitos autores Donabedian (1980) foi quem mais marcou a conceptualização da qualidade nos serviços de saúde e que tentou clarificar conceitos nessa matéria. Para Donabedian (1988) a qualidade dos cuidados médicos tem de maximizar o bem-estar dos doentes e tem de equacionar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas resultantes do processo de cuidados nas várias fases da prestação de cuidados de saúde. Donabedian (1980) define ainda qualidade como: uma propriedade dos cuidados médicos cujo objetivo visa alcançar maiores benefícios com menores riscos para os doentes e de acordo com os recursos disponíveis e com os valores sociais.

É primordial reconhecer que as definições de qualidade em saúde estão a evoluir constantemente e a incluir as preferências e os pontos de vista dos doentes, dos cidadãos em geral e de outros intervenientes (Legido- Quigley *et al.*, 2008).

Apresentamos por ordem cronológica crescente, conceitos de qualidade, que divergem ligeiramente do anterior, na tentativa de visualizar a sua evolução.

Crosby (1984) citado por Mezomo (2001) e Silva *et al.* (2004) refere que a qualidade deve ter “ defeitos zero” e o produto deve ser bem executado desde a primeira vez; e Juran (1986), citados pelos mesmos, afirma que a qualidade é a “adequação ao uso” apresentando duas dimensões, a primeira é o perfil do serviço que atende às necessidades dos clientes e a segunda é a ausência de defeitos. Por outras palavras, qualidade é a “conformidade e a satisfação do utente”, segundo Mezomo (2001);

Deming (1986) citado em Pires (2007), pôs em causa o mito de que a melhoria na qualidade acarreta aumento nos custos e propôs uma abordagem diferente em que as, expectativas e as necessidades dos clientes são o ponto de partida para que se consigam melhorias na qualidade;

Ovretveit (1992: 2) define qualidade como “ *a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas*”. Esta definição é relevante porque incorpora os critérios de satisfação dos utentes, de efetividade e eficiência, e também o da equidade quando refere “quem mais precisa”;

Para o departamento da saúde do Reino Unido (1997), qualidade em saúde é, “ *fazer as coisas certas, para as pessoas certas, no tempo certo e faze-las bem à primeira vez*” (Legido- Quigley *et al.*, 2008:2);

A Organização Mundial de saúde (WHO 2000) considera que a qualidade em saúde é, “ *é o nível de realização dos objetivos para a melhoria da saúde, dos sistemas de saúde, e a resposta às expectativas legítimas da população*” (Legido- Quigley *et al.*, 2008:2);

Para Mezomo (2001:73) qualidade é a “*adequação dos serviços à missão da organização, efetivamente comprometida com a plena satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes*”. Acrescenta que esta definição se aplica a qualquer unidade de saúde, que não depende do tamanho ou complexidade tecnológica disponível, e que a certificação hospitalar por si só, não garante que os serviços de saúde sejam de qualidade. Apenas indica que os serviços apresentam determinados requisitos *standard* de qualidade e que, se assim o desejarem, podem produzi-los. E que, assim, os serviços de saúde devem satisfazer plenamente as necessidades e as expectativas dos utentes.

Fragata (2006: 25) define a qualidade em saúde como “*cuidados prestados com um nível de acordo com o estado da arte, no momento preciso e no doente certo, considerando aspetos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente, bem como o acesso igual a esses cuidados ou equidade, entre outros*”. Fragata realça a satisfação de todas as partes envolvidas, bem como a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o nível de prestação de cuidados com a prática clínica corrente no momento.

A qualidade em saúde deve ser encarada como uma filosofia de gestão. Deve ser direcionada para o utente, de modo a satisfazer as suas necessidades e expectativas, bem como as dos profissionais que prestam os cuidados de saúde. Mas tendo em atenção os recursos à disposição de profissionais e utentes e a capacidade para implementar os procedimentos adequados, com o objetivo de serem alcançados os objetivos e resultados desejados.

3.3 Dimensões da Qualidade

Nos serviços de saúde, é possível identificar dimensões ou componentes da qualidade em saúde e que estão associados à ciência, à tecnologia e à sua aplicação na prestação dos cuidados de saúde (Mezomo, 2001).

Silva *et al.* (2004) acrescentam que ao longo do Séc. XX foram sendo acrescentadas diversas dimensões mensuráveis da qualidade, a que se chamaram “componentes, atributos, características, sendo de revelar as seguintes”: 1) qualidade científica e técnica; 2) acessibilidade é a facilidade em obter os serviços de saúde, tendo em conta diversos tipos de obstáculos; 3) satisfação é a medida que permite verificar se as expectativas de todas as partes envolvidas no serviço ficaram satisfeitas; 4) efetividade e eficiência; 5) apropriação, que corresponde à correção de um serviço prestado. Por exemplo, existe um protocolo que mede se as decisões de internamento e os dias de internamento foram apropriadas; 6) continuidade e oportunidade temporal, se a prestação dos cuidados foi contínuo e se foram feitos no momento certo de acordo com os conhecimentos científicos existentes nesse espaço temporal.

Como a qualidade em prestação de cuidados de saúde é multidimensional e mensurável, esta deve ser analisada em diversas perspetivas de acordo com a posição que o observador ocupa no sistema (Hespanol *et al.*, 2008). Fragata (2006) adianta que, a qualidade nos cuidados de saúde pode admitir pressupostos que divergem de acordo com quatro diferentes perspetivas: (1) na perspetiva do utilizador ou utente as preocupações são relativas: à acessibilidade aos cuidados de saúde, à experiência dos profissionais, aos tempos de espera, à forma como são tratados pelos profissionais e ao suporte emocional que recebem, à informação, à coordenação de cuidados, ao respeito pelos valores individuais, preferências e necessidade expressas e com o conforto físico da envolvente; (2) as preocupações do prestador de cuidados são: com a excelência profissional, a satisfação pessoal, o resultado imediato do ato médico (o procedimento médico desde o diagnóstico à execução técnica e o tempo que demorou, a presença ou ausência de complicações) e tratamento dos doentes; (3) para a entidade que contratualiza (os gestores hospitalares) as suas preocupações prendem-se mais com aspetos que Donabedian (1992) atribui à estrutura como: o número de doentes atendidos, tempos e taxas de internamento,

transferências para outros hospitais, rácios de pessoal, as listas de espera, as reclamações, os custos por episódio ou tratamento médico (custo-benefício), a atenção para com os doentes e respetiva satisfação, a informação sobre a qualidade, imagem e reputação institucional, preocupação global da qualidade; (4) para os governos e organizações a preocupação com a qualidade será a um nível macro nas políticas de saúde ou seja: justiça distributiva de modo a oferecer a todos os cidadãos “ o melhor nível de cuidados possível”, obter cuidados com impacto a longo prazo e que sejam eficazes e prevenir a doença; (5) Na perspetiva da comunidade e da opinião pública, um serviço de saúde com qualidade apresenta: fácil acesso aos cuidados de saúde é transparente e responsável perante a opinião pública e apresenta reputação irrepreensível.

Para Donabedian (1990) o conceito de qualidade em saúde apresenta vários atributos, critérios ou dimensões, denominados os sete pilares da qualidade:

- (1) Eficácia: capacidade da medicina em oferecer o melhor e potenciar melhorias aos cidadãos, sob as condições mais favoráveis;
- (2) Efetividade: é a relação entre a melhoria real oferecida pelo sistema de saúde em relação ao melhor cuidado possível;
- (3) Eficiência: é a capacidade em se obter os melhores cuidados de saúde ao mais baixo custo sem diminuir a sua qualidade;
- (4) Otimização: estabelece um ponto e equilíbrio em que se eleva o benefício ao máximo em relação ao seu custo económico (apresenta o ponto mais vantajoso);
- (5) Aceitabilidade: conformidade e adequação dos cuidados de saúde às expectativas, desejos e valores dos utentes e respetivas famílias. Este atributo engloba: (a) acessibilidade e oportunidade: acesso aos cuidados de saúde quando é preciso, de forma fácil e conveniente e sem grande demora; (b) relação médico-paciente: o desejo dos pacientes de serem tratados com consideração, respeito, lealdade e ética; (c) amenidades ou comodidade do tratamento: o conforto e o ambiente são considerados aspetos importantes para os utentes; (d) preferências dos utentes relativamente aos custos da prestação; (e) preferências dos doentes em relação aos efeitos da prestação: os doentes muitas vezes avaliam as consequências que os cuidados de saúde têm sobre a sua saúde. Por isso, deve ser

explicado ao doente quais as alternativas de tratamentos disponíveis e que apresentam diferentes relações entre riscos e benefícios e (f) Honestidade na relação sob todos os pontos de vista;

(6) Legitimidade: introduz a questão social na temática existe responsabilidade com o bem-estar de todos os cidadãos levando em conta as preferências sociais e de acordo com a cultura, os costumes e os valores sociais e,

(7) Equidade: é a distribuição equitativa dos cuidados de saúde e dos seus benefícios por todos os elementos da população.

Consequentemente os profissionais de saúde quando asseguram a qualidade nos cuidados devem levar em consideração as preferências dos doentes assim como as sociais.

“A eficácia refere-se em que medida a intervenção em questão produz os efeitos pretendidos, e eficiência refere-se, em que medida os objetivos são atingidos com o uso mínimo de recursos” (Organização Mundial de Saúde, citado em Legido- Quigley *et al.*, 2008: 15).

Inicialmente Parasuraman *et al.* (1985) identificaram 10 dimensões de qualidade que os clientes/ utentes utilizam para avaliar a qualidade do serviço. No entanto em 1988 com a revisão do modelo passaram a ser utilizadas apenas 5 dimensões: (1) aspetos tangíveis: instalações, equipamentos, aparência dos profissionais e materiais de comunicação; (2) fiabilidade: fazer o serviço de acordo com o prometido, à primeira vez, e de forma cuidadosa; (3) capacidade de resposta: relacionado com as informações prestadas, disponibilidade e rapidez em ajudar; (4) segurança: capacidade que os profissionais têm em transmitir segurança e prestarem serviço seguro, sem dúvidas, ou riscos; (5) empatia: com enfoque na atenção e dedicação prestada.

A segurança dos utentes e dos profissionais, apesar de não estar incluída em algumas classificações, é considerada uma dimensão da qualidade dos serviços e cada vez mais está a ser considerada “chave” para a se atingir a qualidade global nos serviços. (Legido-Quigley *et al.*, 2008).

É um desafio para cada país reconhecer estas dimensões e conseguir concilia-las em sistemas de saúde equilibrados e que respondam rapidamente às necessidades e expectativas dos cidadãos (Legido- Quigley *et al.*, 2008). Serapioni (2009) acrescenta que a qualidade dos serviços não se reduz a uma das dimensões da qualidade do serviço, e que só quando todas forem integradas reciprocamente é que poderão corresponder às expectativas e necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde.

3.4 Avaliação da Qualidade de Serviço na Saúde

A avaliação da qualidade nos cuidados de saúde é uma área relativamente nova e existem diferentes definições e classificações. No entanto, deve ser vista de uma forma multidimensional, porque implica o envolvimento de diversos intervenientes (utentes, organizações que representam alguns utentes, profissionais, administradores, gestores, etc.) na prestação dos cuidados de saúde, e todos eles, apresentam perspetivas próprias de avaliação.

Overetveit (1996) citado por Serapioni (2009) reconhece a importância dos gestores e administradores hospitalares - no mesmo nível dos utentes e profissionais de saúde - como intervenientes fundamentais no processo de avaliação da qualidade. A sua definição de qualidade é partilhada por diversos autores e identifica três dimensões que correspondem aos três principais intervenientes dos serviços de saúde: (1) qualidade avaliada pelo utente constitui o que os utentes e familiares desejam e esperam do serviço, seja como indivíduos ou como grupos; (2) qualidade profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais prestadores dos serviços e se os procedimentos e técnicas utilizadas são efetuados de forma adequada e (3) qualidade da gestão: deve ser feito o uso produtivo e eficiente dos recursos para responder às necessidades de todos os beneficiários dentro dos limites, regras e diretrizes impostas pelas autoridades competentes. Estas dimensões devem ser integradas quando se quer avaliar a qualidade.

3.5 Qualidade de Serviço Percebida na Saúde

Para Kotler (2000) uma empresa de serviços pode vencer em relação às suas concorrentes se prestar serviços com qualidade consistente e além disso ultrapassar as expectativas dos clientes.

Foi a partir da investigação desenvolvida por Donabedian (1988), em que se afirmava que deveriam ser incorporadas as percepções dos pacientes na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, que os gestores consideraram as percepções dos pacientes como componente principal nos cuidados de saúde.

Segundo Serapioni (2009), a partir da década 90 à perspetiva técnica e organizacional veio juntar-se a visão e opinião do paciente na avaliação dos cuidados de saúde. Os questionários, a análise de queixas e reclamações dos pacientes, entre outros começaram a ser utilizados para identificar a qualidade percebida pelos utentes.

A qualidade percebida do serviço representa a maneira como o cliente/utente percebe os resultados e o esforço da organização em atender às suas necessidades. Logo, a avaliação da qualidade está sujeita ao subjetivismo do cliente/utente, seja no momento da formação das expectativas seja quando percebe o desempenho da organização.

Segundo Zeithamal *et al.* (1993) e Parasuraman *et al.* (1994), os consumidores podem ter diferentes tipos de expectativas, que variam dependendo das circunstâncias e da experiência. Berry e Parasuraman (1991) distinguem três tipos de expectativas: (1) serviço desejado é definido como o nível de serviço que o cliente espera ou deseja receber; (2) o segundo nível de expectativa (mais baixo que o anterior) é representado pelo, serviço adequado, que representa o nível de expectativa mínimo do serviço que estão dispostos a aceitar, isto é, o nível de serviço que o cliente considera aceitável; finalmente o (3) serviço previsto representa o nível de serviço que acreditam que vão receber. Acrescentam que o intervalo que separa o nível de serviço desejado e o adequado é denominada de zona de tolerância. Como os clientes reconhecem que o desempenho do serviço pode variar e que nem sempre é possível obter o serviço desejado, essa zona representa o intervalo de desempenho do serviço que aceitam e consideram satisfatório. Desta forma, quando o nível de desempenho dos serviços está abaixo da linha de tolerância, o cliente fica dececionado

ou insatisfeito, caso esteja acima da zona de tolerância, ficam mais satisfeitos, “fiéis e leais”.

Bitner (1994) refere que, a qualidade de serviço percebida tem sido operacionalizada na maior parte das vezes avaliando as expectativas e performances através dos 22 itens que representam as 5 dimensões chave da qualidade do serviço (confiabilidade, capacidade de resposta, garantia, empatia e elementos tangíveis), através da aplicação do modelo SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1988). Acrescentam que pode ser aplicado em diversas indústrias e que existem diversos estudos que comprovam que os 22 itens são bons preditores da qualidade de serviço percebida global e da satisfação global do serviço.

Parasuraman *et al.* (1985, 1988) referem que a qualidade pode ser vista como uma discrepância entre as perceções (qualidade percebida) dos utentes e as suas expectativas (qualidade esperada) e pode ser auferida através do modelo SERVQUAL, desenvolvido pelos próprios. Berry e Parasuraman (1991) consideram que as perceções são as crenças que os consumidores têm acerca dos serviços recebidos. E as expectativas têm um papel fundamental na avaliação da qualidade de um serviço pois representam o que os consumidores querem, e acham que uma organização prestadora de serviços deve oferecer. Para os supracitados, as expectativas são condicionadas por diversos fatores, entre eles: experiências prévias, necessidades pessoais e as opiniões de outros indivíduos clientes, o modo e o tipo de comunicação que a empresa faz com o exterior. Se a organização pretender oferecer um serviço com qualidade deve equilibrar as perceções e as expectativas. No entanto, Cronin e Taylor (1992) consideram que a qualidade percebida resulta apenas da perceção do desempenho do serviço. Grönroos (1984) considera que a qualidade percebida do serviço resulta da comparação entre a qualidade percebida e a qualidade esperada e incorpora nessa avaliação a imagem da empresa. Gummesson (1987) considera que a qualidade percebida resulta da avaliação de quatro tipos de qualidade.

3.6 A relação entre Qualidade percebida e Satisfação dos utentes

Na literatura não há consenso sobre o conceito de satisfação do paciente, nem tão pouco este se apresenta devidamente definido e clarificado (Crow *et al.*, 2002). Segundo Hawthorne (2006) citado por Gill e White (2009), a satisfação é um conceito com múltiplas dimensões, indefinido, e que faz parte de um modelo complicado ainda por

delimitar. No entanto Donabedian (1980) citado por Gill e White (2009) referem que a satisfação é uma emoção, um comportamento ou um sentimento que pode ser mensurado através de uma opinião. Hespanhol (2008) refere que satisfação é o nível em que o serviço completa as expectativas dos utentes;

Crow *et al.* (2002) referem que inúmeros investigadores, entre eles Parasuraman *et al.* (1985), fazem uma avaliação global da qualidade dos serviços de saúde quando afirmam que estão a determinar a sua satisfação.

A satisfação e as perceções dos utentes estão frequentemente relacionadas entre si. No entanto existem divergências quanto à interação entre os dois conceitos (Miranda, 2010). Vejamos a argumentação de alguns autores.

Bitner e Hubbert (1994) consideram que a perceção da qualidade do serviço antecede a satisfação dos utentes. E que a qualidade percebida, ocorrer independentemente da experiência que se obtém ao usufruir de determinado serviço. Os supracitados referem que existe um período de tempo durante o qual prestador de serviços e consumidor interagem pessoalmente, denominado o “período da verdade”, durante o qual a empresa pode reforçar a satisfação e a qualidade com o consumidor/ utente. A satisfação só ocorre depois de se usufruir do serviço. Para Bitner (1994: 77) a satisfação global é o resultado de múltiplas experiências satisfatórias, enquanto a qualidade de serviço é “*a impressão global do consumidor em relação aos serviços prestados e à organização e que pode ser superior ou inferior*”. Cronin e Taylor (1992) também defendem que a qualidade percebida do serviço antecede a satisfação, e que essa satisfação influencia as intenções de recompra e de usufruto futuro dos serviços. Ainda, que a satisfação dos clientes tem maior influência nessas intenções do que a qualidade do serviço percebido.

No entanto diversos autores, entre eles Parasurament *et al.* (1985, 1988) argumentam que a qualidade dos serviços está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes/ clientes. E que a satisfação resulta do preenchimento de uma expectativa anteriormente criada (Parasuraman *et al.*, 1991) e (Westbrook e Oliver, 1991 citados por Miranda, 2010). Apesar da forte relação entre satisfação e qualidade percebida, Parasuraman *et al.* (1994) afirmam que, a satisfação está relacionada com uma transação específica e é a reação emocional a uma determinada experiência, logo, a satisfação é uma avaliação específica. A

qualidade de serviço percebida é um julgamento global, logo uma avaliação global composta por várias avaliações específicas.

Segundo Donabedian (1988), a satisfação dos utentes como indicador da qualidade dos cuidados de saúde assenta em três suposições. Primeiro, a satisfação do utente está ligado não só às melhorias da função física ou fisiológica mas também das funções psicológica e social. Segundo, a satisfação pode ter um contributo decisivo, quer na implementação como na efetivação dos cuidados, uma vez que a prestação de cuidados de saúde exige a participação ativa entre o prestador e o utente. Terceiro e último pressuposto, a satisfação pode ser perspetivada segundo a apreciação que o utente faz relativamente à qualidade dos cuidados recebidos em todos os seus aspetos, mas especialmente no que diz respeito à esfera interpessoal.

Campen *et al.*, (1995) referem que existem diversos instrumentos que permitem medir a satisfação dos utentes.

3.7 Modelos de Qualidade de Serviço Percebida na Saúde

Nos últimos anos, alguns investigadores têm centrado as suas investigações, na avaliação da qualidade de serviços e no desenvolvimento de modelos conceituais que se focam na mensuração da qualidade de serviços. Assim, descrevem-se os principais modelos de qualidade de serviço, que podem ser aplicados em diversas indústrias, inclusive na área da saúde. Entre os vários modelos, destacou-se o Modelo SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988) e o SERVPERF (Cronin e Taylor, 1992).

3.7.1 Modelo SERVQUAL ou Modelo de Parasuraman *et al.* (1985, 1988, 1991)

Parasuraman *et al.* (1985) propuseram um modelo de avaliação e medição da qualidade dos serviços denominado de SERVQUAL, com base no modelo de satisfação de Oliver (1980). Pode ser aplicado em diversos tipos de setores e serviços e nos serviços de saúde. Os autores comprovaram através dos seus estudos o alto nível de validade e aplicabilidade do modelo.

Com base no modelo desenvolveram um instrumento de medição - escala SERVQUAL -, que permite às organizações compreender e conhecer as expectativas e as perceções dos clientes relativamente ao serviço e estabelecer a qualidade de serviço.

É um questionário que apresenta 22 afirmações a respeito das características dos serviços relativamente às expectativas e às perceções dos serviços e que permitem avaliar as 5 dimensões do modelo: elementos tangíveis, fiabilidade, segurança, empatia e capacidade de resposta (tabela 3). Para cada item o cliente avalia as suas expectativas (qualidade esperada) e perceções (qualidade percebida) acerca do serviço recorrendo a uma escala múltipla- escala tipo likert de 7 pontos, onde 1 é designado “ discordo totalmente/ fortemente” e o 7 “ concordo totalmente/ fortemente” (anexo I).

Afirmam que a qualidade percebida resulta da diferença entre as expectativas e o desempenho ou perceção do serviço. E a satisfação dos clientes resulta do preenchimento duma expectativa anteriormente criada.

Dimensões ou Critérios	Conceitos	Itens Correspondentes do Questionário
Aspetos tangíveis	Diz respeito às evidências físicas: aparência das instalações físicas, dos funcionários, equipamento utilizado, materiais de comunicação (panfletos, etc.)	1-Os equipamentos são modernos
		2- As instalações físicas são visualmente agradáveis e atrativas
		3- Os funcionários têm aspeto agradável
		4-Os materiais de comunicação do serviço têm aspeto atrativo
Fiabilidade	Capacidade para prestar o serviço de forma fiável, consistente e cuidadosa e dentro do prazo estipulado e manter os registos corretos e isentos de erros.	5-A empresa fornece o serviço de acordo com o prometido
		6-a empresa demonstra interesse sincero em resolver os problemas dos clientes
		7- A empresa realiza bem o serviço e à primeira vez
		8-A empresa realiza o serviço dentro do prazo prometido
		9-As informações e registos isentos de erros
Capacidade de resposta	Está relacionado com disposição, a vontade e prontidão em ajudar os clientes e em proporcionar um serviço rápido.	10- Os funcionários informam acerca de quando os serviços vão ser prestados
		11- Os funcionários prestam serviços rápidos
		12- Os funcionários estão sempre dispostos para ajudar
		13- Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às perguntas e solicitações dos clientes
Segurança	Conhecimento, atenção e capacidade demonstrados para inspirar credibilidade e confiança. Engloba as dimensões anteriores: Profissionalismo, Cortesia, Credibilidade e Segurança.	14- Os funcionários transmitem confiança
		15- Os clientes sentem-se seguros na interações com a empresa
		16- Os funcionários são amáveis e cordiais.
		17- Os funcionários têm os conhecimentos para responder às suas questões
Empatia	Atenção individualizada que a empresa oferece aos seus clientes. Engloba as dimensões iniciais: acessibilidade, comunicação e compreensão do cliente.	18- Atenção individualizada dada aos clientes
		19- A empresa tem horários convenientes
		20- Os funcionários prestam atenção personalizada aos clientes
		21- Preocupam-se com os melhores interesses dos clientes
		22- Os funcionários compreendem as necessidades dos clientes

Tabela 3 - As 5 dimensões utilizadas no modelo SERVQUAL e sua correspondência com os 22 itens do questionário.

Segundo os autores (1985), a figura 2 indica que a qualidade percebida é o resultado da comparação entre o serviço esperado (expectativa do serviço) e o serviço percebido (percepção do serviço), para cada item das dimensões da qualidade de serviço. As expectativas formam-se tendo por base três aspetos principais: comunicação interpessoal, necessidades pessoais e as experiências passadas. As experiências passadas são o resultado dos contatos anteriores que os clientes/ utentes tiveram com o serviço; as necessidades pessoais são o principal fator gerador de expectativas, uma vez que o objetivo principal dos clientes é satisfazer as suas necessidades; a comunicação interpessoal diz respeito aos conselhos e apreciações que os consumidores assimilam de outros consumidores ou fornecedores.

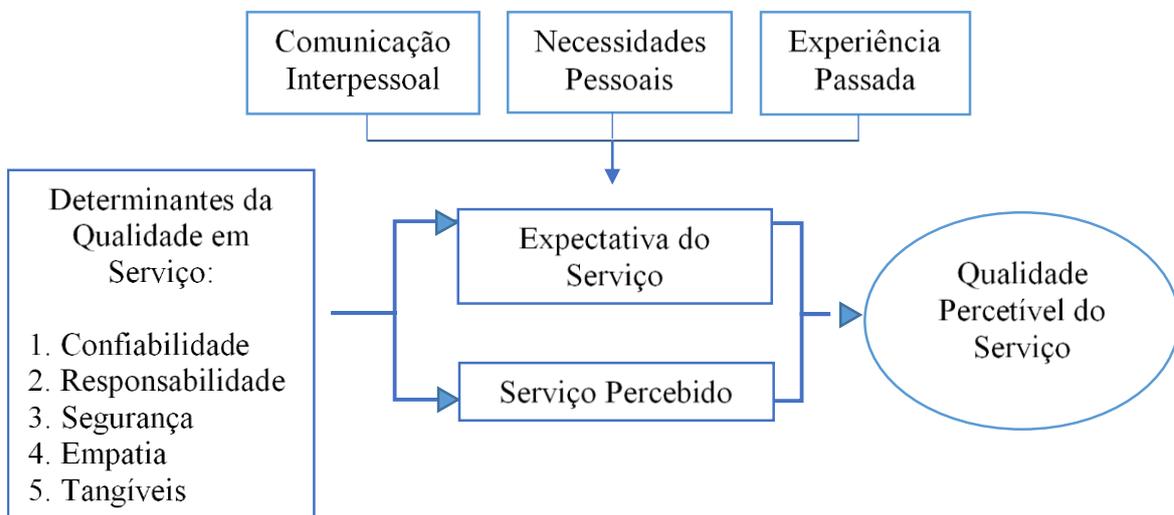


Figura 2 - Determinantes da qualidade dos serviços, adaptado pela autora.

Fonte: Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985)

O modelo de Parasuraman *et al.* (1988), como é ilustrado na figura 3 explica as influências das várias discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços e é dividido em dois segmentos distintos: (1) o contexto do cliente, permite mostrar como o cliente avalia a qualidade do serviço para cada um dos itens que compõem as dimensões da qualidade e (2) o contexto da gestão, permite à empresa avaliar a qualidade do serviço que prestou e direciona a análise de cada *GAP* para uma melhoria no fornecimento dos serviços. Permite identificar cinco *GAP*'s que são definidos pelos autores em 1985 da seguinte forma:

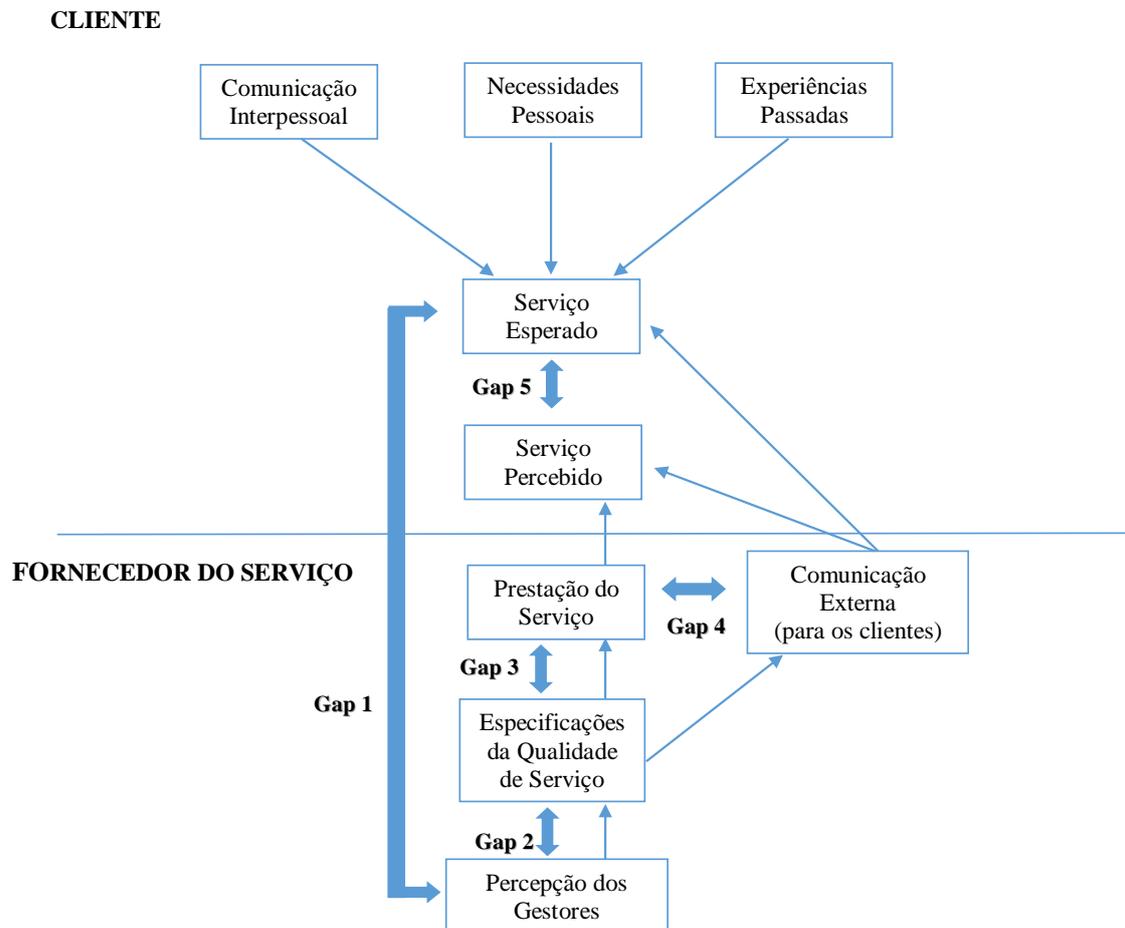


Figura 3 - Modelo SERVQUAL da Qualidade dos Serviços

Fonte: Parasuraman, Zeithamal e Berry (1985 e 1988)

GAP 1- Discrepância entre as expectativas dos clientes e as percepções dos gestores acerca das expectativas dos clientes. Os gestores podem não perceber o que os consumidores esperam dum serviço;

GAP 2- Discrepância entre as percepções dos gestores e as normas ou especificações de qualidade. Se tais especificações não existirem ou estiverem erradas;

GAP 3- Discrepância entre as especificações de qualidade de serviço e a prestação do serviço. Os fatores responsáveis por esta diferença vão desde as competências dos técnicos até aos conflitos existentes no interior da própria organização;

GAP 4- Discrepância entre a prestação do serviço e a promessa realizada pela comunicação externa, estabelecida através de canais de marketing e publicidade. O serviço fornecido pode não corresponder à comunicação que a empresa faz a seu respeito;

GAP 5- Discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido. O *GAP 5* é influenciado por todos os outros *GAP's* e pode ser descrito segundo a equação:

$$GAP\ 5 = f(GAP\ 1, GAP\ 2, GAP\ 3, GAP\ 4)$$

Assim desta forma os autores propuseram o modelo de qualidade de serviços que pode ser expresso nessa equação. E referem (1985:46) que “a qualidade de serviço percebida depende do tamanho e direção do *Gap 5*, que por sua vez depende da natureza dos *GAP's* associados”.

A avaliação da qualidade Q_j de um serviço, ou *GAP 5*, por um cliente, é feita através da diferença entre a sua perceção do serviço P e a sua expectativa E , nas dimensões da qualidade do serviço para os 22 itens. A equação a seguir ilustra este conceito de avaliação de qualidade percebida de Parasuraman, Zeithamal e Berry (1988).

$Q_j = P_j - E_j$ em que j = característica do serviço

P_j = Valores da medida de perceção, E_j = Valores da medida da expectativa e Q_j = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j .

As dimensões de qualidade são as características genéricas do serviço, e que estão subdivididas em itens estão evidentes em tabela 3.

(1) Se a qualidade do serviço é negativa, então, é porque as perceções < expectativas e os clientes não estão satisfeitos. Pois as suas expectativas (o que esperava do serviço) são superiores à qualidade do serviço percecionado (o que recebeu). Esse grau de insatisfação depende da discrepância ou diferença que existe. Quanto maior a diferença ou a discrepância, maior a insatisfação e vice-versa.

(2) Se perceções > expectativas, a qualidade do serviço é positiva e os clientes estão mais do que satisfeitos. As suas perceções acerca do serviço excedem as expectativas. Quanto maior esta diferença maior a aproximação à qualidade ideal.

- (3) Se a diferença for nula, a qualidade de serviço corresponde ao que o cliente esperava, e a qualidade percebida foi satisfatória.

Levanta-se a seguinte questão: É possível medir com fiabilidade e validade a qualidade percebida na área dos serviços de saúde, aplicando o modelo SERVQUAL?

A literatura aponta bastantes estudos baseados neste modelo e que foram aplicados no setor da saúde ao nível internacional e nacional (Miranda, 2010). Embora alguns autores o critiquem relativamente à sua validade e outros o modifiquem relativamente as suas dimensões originais e número de itens, é incontestável que o SERVQUAL é o modelo mais utilizado na literatura (Parasuraman *et al.*, 1988 e 1991; Asubonteng *et al.*, 1996 e Miranda, 2010), para determinar a qualidade percebida dos serviços de saúde.

Miranda (2010) compilou diversos estudos desenvolvidos na área da saúde, em que foram aplicados o SERVQUAL modificado, a nível internacional, e que podemos citar alguns:

- (1) Babakus e Mangold (1992) aplicaram o SERVQUAL, mas adaptado, em instituições hospitalares dos Estados Unidos numa amostra de 443 utentes. Em vez dos 22 itens do questionário utilizaram somente 15, e a escala de tipo Lickert foi de 5 pontos em vez de 7, tal como proposto por Parasuraman *et al.*, Concluíram que apresentava resultados válidos para avaliar a qualidade percebida pelos utentes;
- (2) Bowers *et al.*, (1994) acrescenta duas dimensões “saber cuidar” e outra relacionada com o alívio da dor e tratamentos eficazes;
- (3) Youssef (1996) aplicou o modelo em hospitais do reino Unido. Os seus resultados identificaram a confiabilidade como a dimensão que mais influenciava a qualidade percebida, seguida pela empatia;
- (4) Gupta (2008) modificou o SERVQUAL acrescentando mais 6 dimensões às 5 iniciais (com base num estudo prévio realizado, e tendo em conta a opinião de utentes, gestores e médicos). Concluiu que as 11 dimensões permitem avaliar a qualidade percebida pelos utentes, assim como avaliar as diferenças entre os profissionais de saúde e os utentes.

Apesar do criticismo dos investigadores anteriores em relação ao SERVQUAL original, Asubonteng *et al.*, (1996) reuniram inúmeros estudos desenvolvidos em serviços médicos e que replicavam o SERVQUAL, na sua forma original e a nível internacional. Todos os autores descritos concluíram que existem evidências estatísticas da validade e fiabilidade do SERVQUAL original aplicado no setor da saúde. Vejamos alguns:

(1) Headley e Miller (1993) aplicaram o SERVQUAL em 159 utentes de serviços médicos. Não fizeram adaptações aos ao SERVQUAL original e mantiveram as dimensões (5), os itens (22) e a escala de 7 pontos de Lickert. Apenas fizeram alterações a nível da linguagem para “trocarem” de um prestador genérico para um prestador de cuidados de saúde;

(2) Bowers et al., (1994) utilizaram o SERVQUAL em 298 utentes de um hospital do exército. Procederam de forma igual a Headley e Miller e mantiveram o SERVQUAL original;

(3) McAlexander et al., (1994) aferiram a validade do SERVQUAL original em 346 pacientes de dois consultórios médicos privados;

(4) Bebkko e Garg (1995) numa amostra de 262 utentes de uma unidade de cuidados de enfermagem de um hospital;

(5) Youssef (1996) aplicou o modelo em hospitais do reino Unido. Os seus resultados identificaram a confiabilidade como a dimensão que mais influenciava a qualidade percebida, seguida pela empatia (citado por Miranda 2010).

Podemos apontar aqui outros estudos mais recentes que validaram o modelo SERVQUAL, sem adaptações, no setor da saúde. Vejamos alguns:

(1) Kilbourne et al., (2004) aplicou o SERVQUAL numa amostra de 195 enfermeiras no Reino Unido e 99 enfermeiras nos Estados Unidos, em cuidados continuados. Pretendiam avaliar a qualidade do serviço percebido e comparar os resultados entre dois países. Os seus resultados estatísticos permitiram concluir que, as dimensões apresentavam consistência interna: foi possível avaliar a qualidade de serviço percebido em cada país e

efetuar uma comparação entre os dois países. Ficou comprovado pelos autores que o SERVQUAL tem potencial para ser aplicado entre países;

(2) Yousapronpaiboon e Johnson (2013) desenvolveram o seu estudo na Tailândia e usaram o questionário SERVQUAL numa amostra de 400 utentes de ambulatório, num hospital privado em Bangkok. Manteve o questionário SERVQUAL original apenas com uma pequena alteração: em vez dos 22 itens utilizou apenas 21, ou seja, retirou um item da capacidade de resposta. Os resultados indicaram que as cinco dimensões influenciam a qualidade de serviço percebido. A segurança é a mais importante e aquela que mais determina a qualidade do serviço, seguida pela empatia, capacidade de resposta, aspetos tangíveis e por fim a fiabilidade. Concluíram que o modelo apresenta robustez suficiente para determinar a qualidade de serviço percebida e global;

(3) Fotiadis e Vassiliadis (2013) pretenderam avaliar a qualidade percebida pelos utentes de um hospital público na Grécia depois das novas instalações. Para isso aplicaram o SERVQUAL a 283 utentes de ambulatório em 2011 e compararam com os estudos obtidos em 2006 (com as instalações antigas). Concluíram que existiam diferenças nas 5 dimensões e que na generalidade os utentes estavam mais satisfeitos em todas as dimensões.

3.7.2 Modelo de qualidade de Cronin e Taylor (1992) e a escala SERVPERF

Em 1992 Cronin e Taylor desenvolveram um modelo alternativo ao SERVQUAL, para operacionalizar a qualidade de serviço percebida pelos clientes. Justificaram o seu modelo afirmando que a qualidade é considerada uma atitude do cliente face às dimensões de qualidade, e que não deve ser medida com base no modelo de satisfação de Oliver (1980), isto é, a qualidade não resulta da diferença entre as perceções e as expectativas.

Consideraram que a qualidade percebida não deve ser obtida pela diferença entre as perceções e as expectativas, mas unicamente pela medição da perceção do desempenho serviço. Ou seja: $Q_j = P_j$, onde Q_j é a avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j e, P_j os valores da perceção do desempenho do serviço para a característica j do serviço.

Desta forma os autores propuseram a escala SERVPERF, em alternativa à escala SERVQUAL. Mas consideraram nessa escala os 22 itens da escala SERVQUAL que representam as dimensões de qualidade de serviço propostos por Parasuraman *et al.* (1985 e 1988), mas utilizados apenas para medir as percepções dos serviços.

No entanto Parasuraman *et al.* (1994) rebatem este modelo e afirmam que a medição das expectativas por item tal como é feita no SERVQUAL, revela informação mais completa e pormenorizada, do que apenas fazer a medição do desempenho do serviço (ou a percepção do serviço), tal como é feito no SERVPERF. Acrescentam que desta forma são detetadas falhas em aspetos particulares quanto à satisfação dos clientes e que a gestão pode tomar medidas diretas e específicas com vista a eliminar essas falhas.

3.7.3 Modelo da Qualidade Total Percebida de Grönroos (1984)

A qualidade total do serviço é o resultado da comparação entre o serviço esperado e o serviço percebido. E acrescenta uma terceira dimensão, a imagem corporativa. Identifica três dimensões determinantes na qualidade de serviço: a qualidade técnica, a qualidade funcional e a imagem (figura 4). A inter-relação entre a qualidade técnica e a funcional é considerada um fator importante na determinação da imagem corporativa da empresa e na sua relação com a qualidade.

O serviço esperado ou qualidade esperada pode ser influenciado pelas necessidades e valores dos consumidores, pelas experiências anteriores do serviço, pelas políticas de marketing e de preço, e comunicação “boca a boca”. O serviço experimentado depende da experiência que o consumidor tem do serviço e é influenciado pela imagem corporativa da empresa que por sua vez envolve duas dimensões diferentes (Grönroos, 1984): (1) qualidade técnica representa “o que” o consumidor na realidade recebe na interação com a organização prestadora dos serviços. Refere-se à qualidade técnica do resultado e a sua medição pode ser feita de forma objetiva; (2) qualidade funcional, é a forma “como” o serviço é prestado, isto é, a forma como o consumidor é tratado durante a interação com a organização e enquanto decorre o processo de prestação dos serviços.

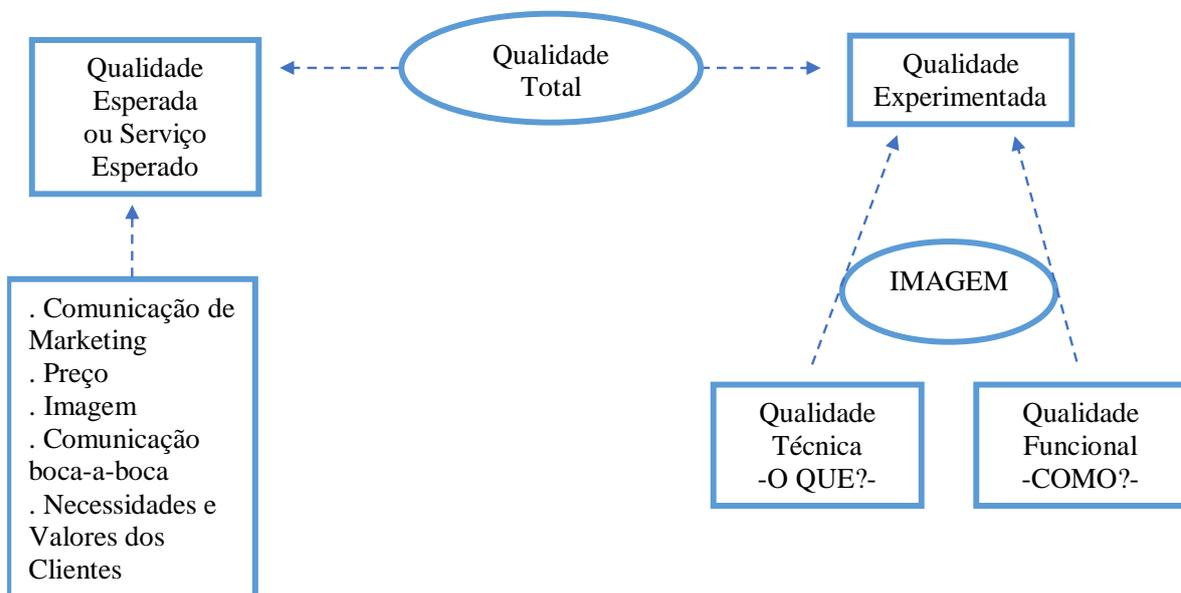


Figura 4 - Modelo da Qualidade Total Percecionada.

Adaptado de Grönroos (1984)

Grönroos adiciona a imagem corporativa na definição do serviço percebido. A imagem corporativa desenvolve-se através das duas dimensões anteriores e influencia a qualidade percebida. Uma ótima imagem pode criar expectativas positivas no consumidor fazendo com que este tenha dificuldade em aceitar falhas por parte do prestador de serviços. No entanto, se tiver uma imagem negativa do prestador de serviços, o impacto das falhas e erros será muito menor na perceção da qualidade (Grönroos, 2004).

Conclui que o nível de qualidade total percebida é determinado pelo nível das dimensões da qualidade técnica e funcional e pelas diferenças que existem entre a qualidade esperada e a experimentada. Logo se as expectativas dos consumidores forem irrealistas, a qualidade total percebida será baixa mesmo que a qualidade experimentada seja boa.

Para Grönroos, obtém-se uma boa qualidade percebida quando a qualidade experimentada satisfaz as expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada. Assim, o processo de avaliação da qualidade do serviço feita pelo cliente é em função das suas expectativas (qualidade esperada) e de sua perceção do serviço (qualidade experimentada).

3.7.4 Modelo 4Q de Gummesson (1987)

O modelo das 4Q de Gummesson (1987) faz referência a quatro tipos de qualidade, que considera serem as fontes, e que explicam a qualidade percebida do serviço e a satisfação dos consumidores: qualidade na conceção, qualidade relacional (deriva das interações entre prestadores de serviços e consumidores), qualidade na produção e na entrega e qualidade técnica (figura 5).

Refere que a qualidade é um somatório de todas as etapas, desde a conceção de uma ideia, respetiva produção até a entrega ao cliente do serviço ou produto. A organização deve gerir de forma eficaz e cuidada destas quatro fontes da qualidade, porque, quanto melhor for o desempenho, maior será a qualidade percebida do serviço.

De acordo com o autor, as experiências, as expectativas e a imagem da empresa são fatores que influenciam diretamente a avaliação da qualidade e condicionam a maneira como o consumidor vê a organização.

Atendendo ao fato de que a produção e o consumo dos serviços são feitos em simultâneo, o autor refere que a imagem tem um papel determinante na avaliação da qualidade percebida do serviço. Se a imagem for negativa, uma pequena falha em qualquer das etapas, pode ser amplificada na avaliação feita pelo consumidor e pode afetar as expectativas, levando à insatisfação dos consumidores. Pelo contrário, se a imagem for positiva, as falhas podem ser minimizadas e consideradas irrelevantes pelo consumidor.

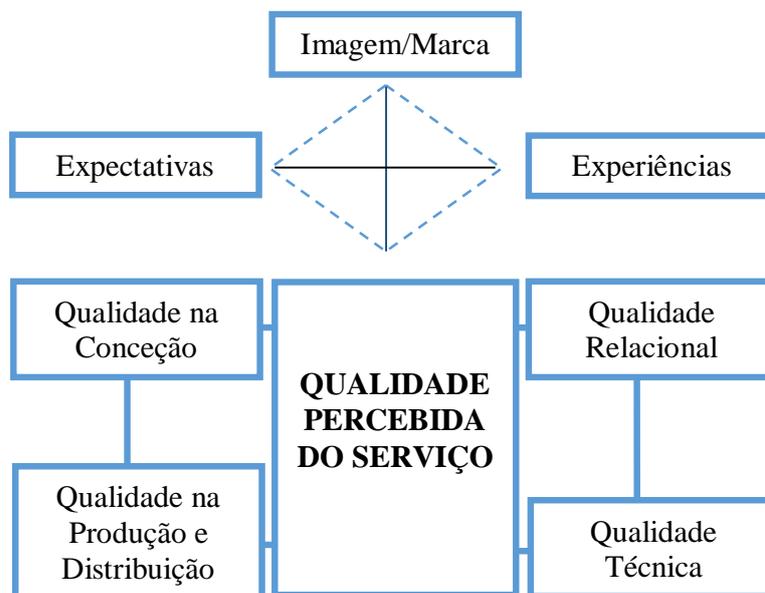


Figura 5 - Representação do modelo de Gummesson (1987)

3.7.5 Modelo de Grönroos- Gummesson (1987) da Qualidade

O modelo de Grönroos-Gummesson resulta da união dos dois modelos apresentados anteriormente: modelo de qualidade total percebida de Grönroos (1984) e o modelo das 4Q de Gummesson (1985) e está representado na figura 6. Pode ser aplicado na gestão da qualidade nas organizações prestadoras de serviços e nas industriais.

Este modelo de qualidade estabelece uma síntese do modelo de Grönroos, que gira em torno das dimensões da perceção da qualidade (qualidade técnica e funcional) e das fontes da qualidade do modelo de Gummesson. Tem como base a noção de que todos os participantes do processo contribuem para a qualidade.

O modelo refere que para se avaliar a qualidade final percecionada deve ter-se em conta todos os elementos anteriores e ainda: a imagem da empresa, as expectativas e as experiências anteriores. Considera que, também estes são determinantes e desempenham um papel fundamental na qualidade final percecionada.

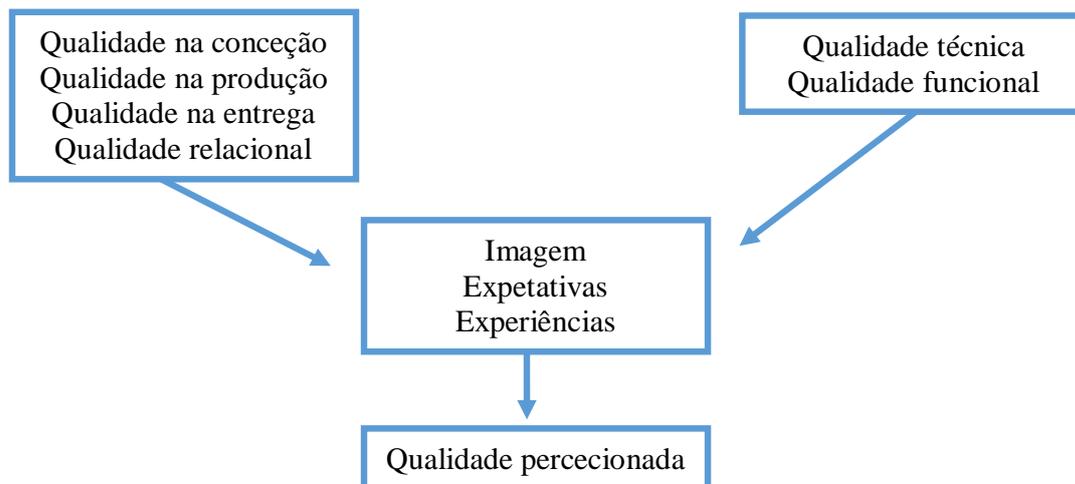


Figura 6 - Representação do modelo de Grönroos- Gummesson (1987)

3.7.6 Modelo hierárquico e multidimensional, de Brady and Cronin (2001)

Mais recentemente Brady and Cronin (2001) propuseram um novo modelo multidimensional para avaliar a qualidade de serviço e que é a combinação de quatro modelos: SERVQUAL; SERVPERF; Grönroos e o modelo multidimensional de Dabhokar *et al.*, (1996) que não é abordado na investigação, uma vez que se destina a avaliar a qualidade do serviço em lojas de retalho.

O modelo (figura 7) permite avaliar a qualidade de serviço segundo três dimensões específicas e nove sub-dimensões que caracterizam as dimensões:

(1) A primeira dimensão é a qualidade da interação entre os funcionários e clientes ou a qualidade funcional do modelo de Grönroos (1984) a que correspondem três sub-dimensões: atitudes, comportamentos e experiência dos funcionários prestadores dos serviços;

(2) A segunda dimensão refere-se à qualidade do meio envolvente sendo as três sub-dimensões: condições ambientais, desenho do local onde é prestado o serviço e fatores sociais. Os autores apresentam alguns exemplos: se o local era tranquilo e sossegado ou se por contrário, apresentava elementos que destabilizavam, por exemplo música alta ou luzes inadequadas; se o local estava limpo, se as cadeiras estavam muito juntas e eram confortáveis, se existia privacidade nos gabinetes;

(3) A terceira dimensão diz respeito ao desempenho da qualidade e que corresponde à qualidade técnica do modelo de Grönroos (1984) e apresenta as seguintes sub-dimensões: tempo de espera, tangíveis (qualidade do serviço em si, acessibilidades, ofertas) e valência (sentimentos pessoais anteriores que podem condicionar a perceção do serviço).

Os autores consideram que este modelo evidencia os resultados do serviço e a experiência do consumidor relativamente ao consumo do serviço, em diferentes níveis e em diversas dimensões do serviço.

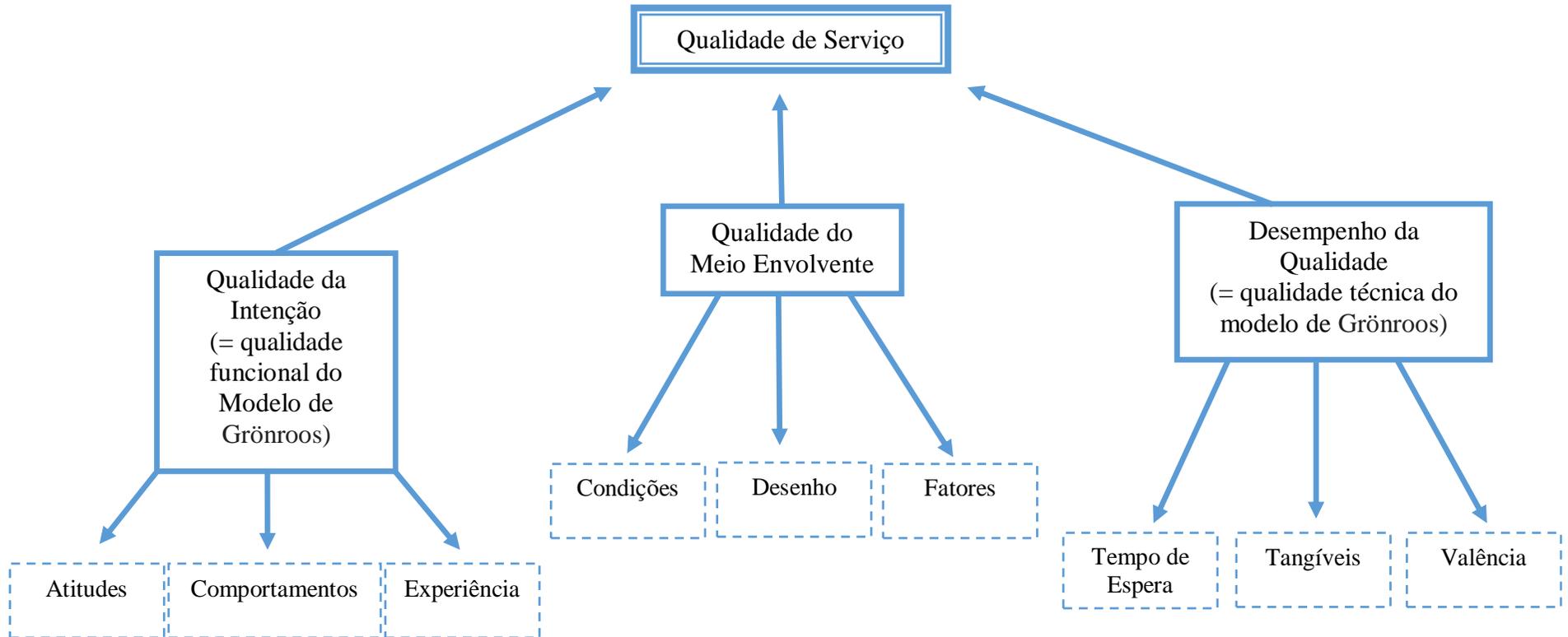


Figura 7 - Modelo hierárquico e multidimensional de Brady and Cronin (2001)

4. METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia utilizada no que concerne à caracterização da amostra, indica qual o método e instrumento de recolha dos dados utilizados e explica como foi desenvolvida a análise estatística dos dados.

4.1 Universo e Amostra

Segundo Reis (1991) “a fonte de observação constitui a população ou universo, um conjunto de indivíduos ou objetos que apresentam uma ou mais características em comum”. Reis *et al.*, (2001) adiantam que “população-alvo é a totalidade dos elementos sobre os quais se deseja obter determinado tipo de informações”. Malhorta (2004) acrescenta que a população-alvo constitui o conjunto de elementos que possuem a informação que o investigador pretende obter e sobre os quais vão ser feitas as inferências estatísticas. Na organização em estudo, a população-alvo foram todos os utentes que usufruem dos serviços de saúde prestados.

Como na maioria dos casos não é possível conhecer as características de todos os elementos da população torna-se necessário retirar uma amostra ou um subconjunto dessa população, para o qual serão estudadas as características (Reis, 1991). Como não foi possível obter a listagem de todos os utentes inscritos na organização de saúde, o método de amostragem utilizado foi o método de amostragem por conveniência. Neste método seleciona-se a amostra em função da disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população-alvo (Reis *et al.*, 2001). Foram selecionados os utentes que se encontravam no centro clínico, mais exatamente na sala de espera dos serviços de estomatologia, de oftalmologia e outras especialidades, nos dias de recolha da amostra e que se mostraram disponíveis para responder. Todos eles eram doentes de ambulatório. Assim, foi solicitado aos utentes que respondessem ao questionário enquanto aguardavam ser chamados para a consulta ou tratamento e foi esclarecido a cada utente individualmente que seria anónimo.

Este inquérito foi submetido aos responsáveis pela organização, que deram o seu consentimento para a sua aplicação dentro da organização de saúde.

A amostra foi recolhida entre os dias 25 de Novembro e 29 de Novembro de 2013, tendo sido distribuídos 170 questionários e obtido 161 corretamente preenchidos.

4.2 Método e Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado na investigação foi o questionário SERVQUAL, de Parasuraman et al. (1988), destinado a avaliar a qualidade do serviço da organização de saúde em estudo.

O questionário (anexo I) encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte destina-se a fazer uma caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, com questões relativas ao sexo, idade, nível de escolaridade, frequência de visita aos serviços de saúde e quais os tipos de serviços utilizados com regularidade; a segunda parte inclui as 22 declarações associadas à avaliação da qualidade dos serviços da organização de saúde.

4.3 Análise estatística dos dados

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

Com o objetivo de avaliar a satisfação dos inquiridos foi testada a diferença entre os valores observados quanto às expectativas nas diferentes dimensões versus a perceção. As diferenças foram testadas através do teste t para amostras emparelhadas. O “*gap*” entre a perceção e expectativas criadas foi testado em diferentes subgrupos (por sexo, classes etárias, habilitações literárias e frequência de utilização dos serviços). Sempre que não foi possível assumir a normalidade dos dados pelo Teorema do Limite Central, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Kruskal- Wallis.

No âmbito das dimensões do questionário de satisfação, e com o objetivo de avaliar a consistência interna das dimensões avaliadas foi calculado o Alpha de Cronbach. Tendo por base Hill e Hill (2002) considerou-se que valores de Alpha de Cronbach abaixo de 0,6 é inaceitável, entre 0,6 e 0,7 fraco, entre 0,7 e 0,8 razoável, entre 0,8 e 0,9 bom e maior do que 0,9 excelente.

5. RESULTADOS

Apresentam-se, de seguida, os resultados empíricos referentes ao questionário aplicado desta investigação. Caracterizamos em primeiro lugar a população estudada, o seu perfil demográfico, a frequência de utilização e o tipo de serviços utilizados com regularidade.

Apresentam-se a caracterização das respostas quer ao nível das dimensões latentes do questionário de satisfação aplicado, quer ao nível da perceção quer, ainda, ao nível das expectativas dos inquiridos. Cada uma das dimensões subjacentes à avaliação da satisfação foi avaliada quanto à sua consistência, sendo esses resultados apresentados na sequência da caracterização dos itens. Por último avaliou-se a satisfação dos utentes, resultado da diferença entre a perceção e as expectativas criadas, confrontando estes resultados por escalão sexo, classes etárias, habilitações literárias e frequência de utilização dos serviços.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra da investigação é constituída por 161 utentes, dos quais 62% são do sexo feminino (figura 8).

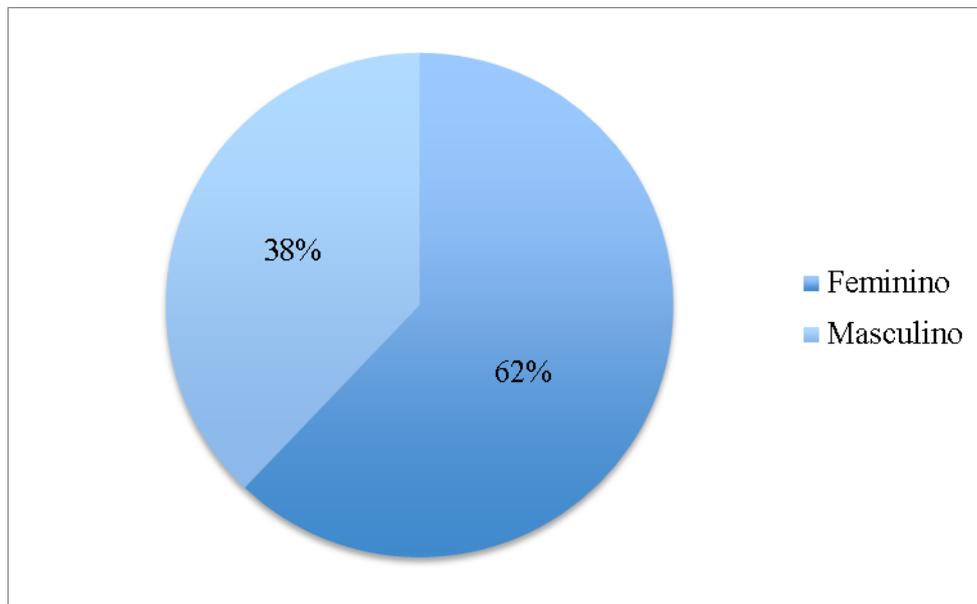


Figura 8 - Distribuição por Sexo com n=161

Na figura 9 constata-se que a idade média dos participantes é de 52,6 anos (desvio-padrão 15,6 anos), variando entre um mínimo de 16 anos e um máximo de 84 anos.

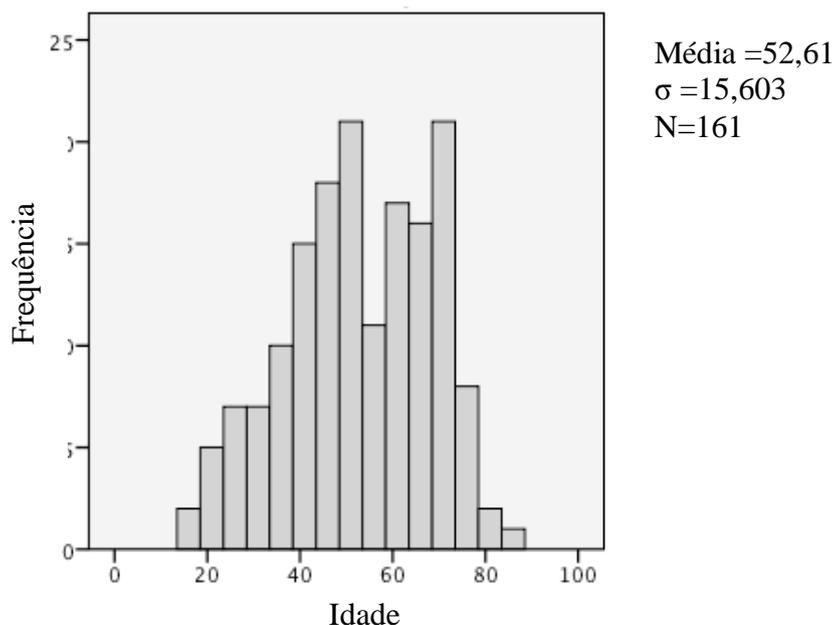


Figura 9 - Histograma Idade

Na figura 10 apresenta-se a análise da distribuição da idade por classes etárias, observando-se que mais de metade dos elementos da amostra tem idade superior a 46 anos. A participação de indivíduos mais jovens, com idade inferior a 25 anos é de 6%, e entre os 25 e 35 anos de 9% do total.

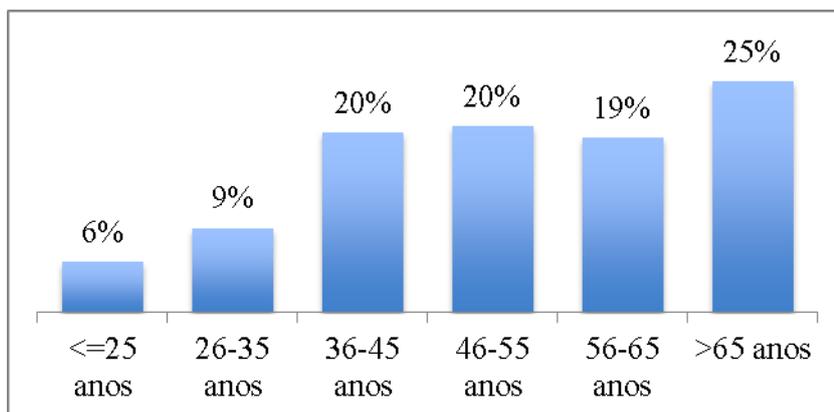


Figura 10 - Distribuição por Classes Etárias com n=161

No que concerne às habilitações literárias (figura 11) dos utentes inquiridos, verifica-se que 44% apresentam o ensino superior, seguidamente 33% detêm o ensino secundário, 12% têm o 3º ciclo, apenas 5% apresentam o 1º ciclo e finalmente 2% têm o 2º ciclo.

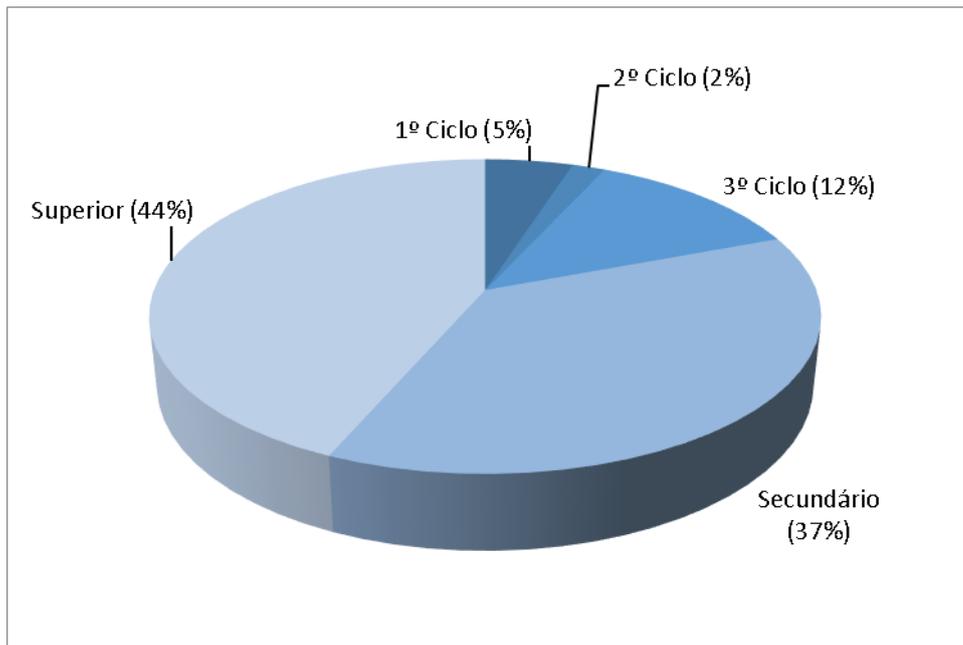


Figura 11 - Distribuição por habilitações literárias com n= 161

O principal serviço utilizado (figura 12) pela quase totalidade dos inquiridos são as consultas médicas (98%), seguido da realização de exames complementares de diagnóstico com 73% de respostas. O recurso à realização de tratamento é referido por 16% da amostra, o internamento por 10% e a realização de fisioterapia por 8% (figura 12).

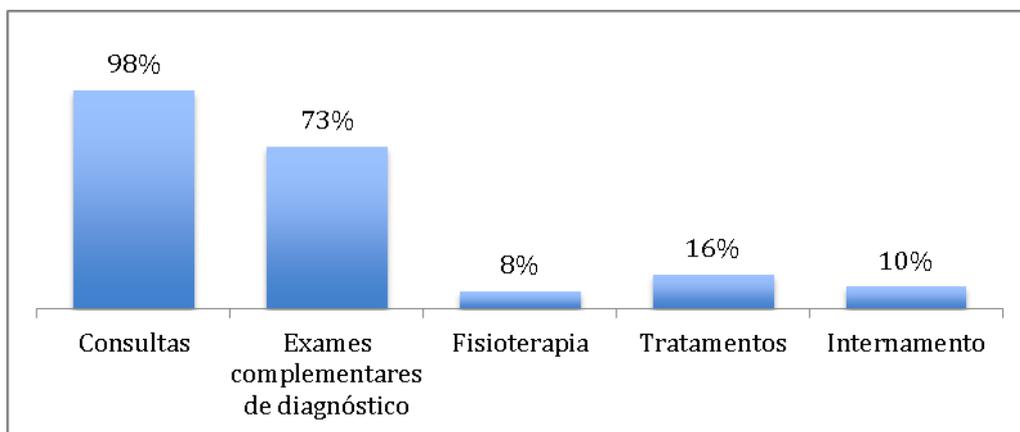


Figura 12 - Serviços utilizados na instituição, com n=161

No que concerne à frequência de utilização dos serviços (figura 13) mais de metade da amostra (56%) utiliza-os de uma forma regular, 20% fazem-no apenas algumas vezes e 4% raramente. A percentagem de utilizadores que utilizam os serviços muito frequentemente é de 20%.

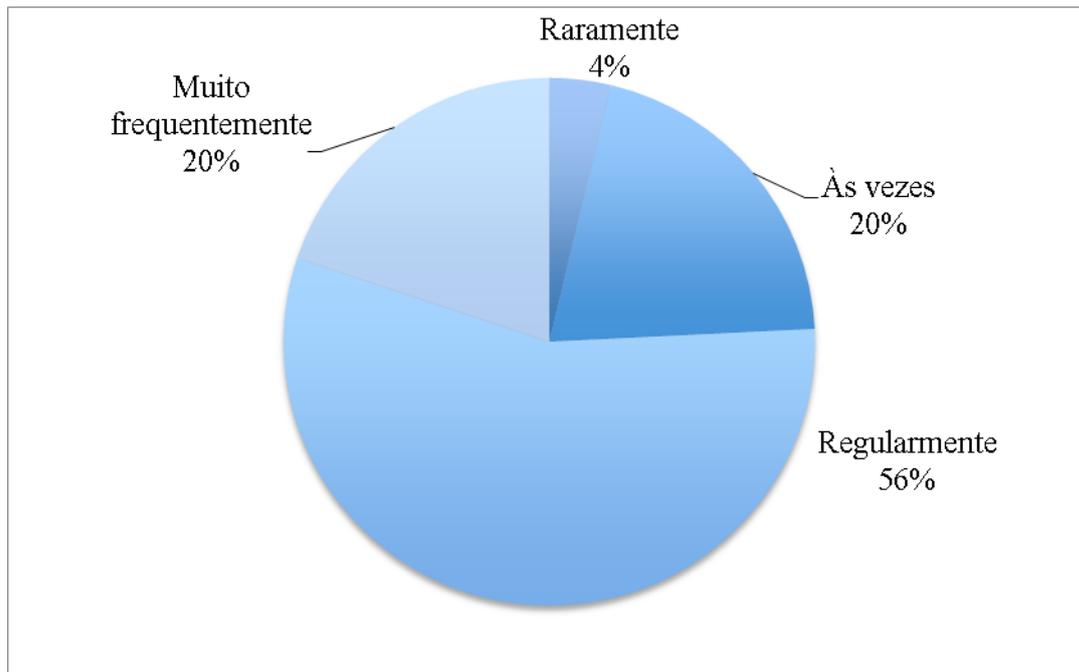


Figura 13- Frequência de utilização dos serviços com n=161

5.2 Análise de consistência interna das escalas do SERVQUAL

Cada uma das dimensões propostas por Parasuraman *et al.*(1988) foi avaliada quanto à sua consistência interna através da análise do Alpha de Cronbach, tanto no que respeita às cinco dimensões associadas à percepção como às expectativas (tabela 4). Os valores variam entre uma consistência interna razoável até uma consistência interna excelente. A dimensão dos elementos tangíveis, quer em termos da percepção quer em termos das expectativas, é dimensão que apresenta uma consistência razoável. Nas restantes dimensões o valor estimado para o Alpha de Cronbach é bom, tendo a dimensão fiabilidade ao nível da percepção atingido um valor de excelente.

	Percepção	Expectativas
Elementos tangíveis	0,734	0,778
Fiabilidade	0,905	0,860
Capacidade de resposta	0,847	0,831
Segurança	0,851	0,861
Empatia	0,898	0,896

Tabela 4 - Alpha de Cronbach

5.3 Análise das percepções relativas à qualidade de serviço

A análise das percepções relativas à qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde foi analisada de forma individual face a cada item incluído na escala e também pelas suas respetivas dimensões.

5.3.1 Percepção relativamente à “Tangibilidade” dos serviços

Relativamente aos itens que compõem a dimensão “Tangibilidade” (figuras 14 e 15), verificou-se que 81% concordam muito ou fortemente com “o aspeto eficaz e profissional das equipas” e 78% relativamente ao item “os funcionários têm aparência agradável”. Mas apenas 54% concordam muito ou fortemente com “os materiais relacionados com o serviço”. É de salientar que 20% dos utentes não concorda nem discorda em relação aos “os materiais relacionados com o serviço”.

Verificou-se que existe uma elevada concordância com cada um destes, nomeadamente com o aspecto das instalações físicas que são visualmente atractivas com valor médio de 6,25, seguidas pela aparência agradável dos funcionários. Dentro desta dimensão, o item que surge com uma cotação mais baixa, ainda que com um grau de concordância elevado, está associado aos materiais como folhetos, estados de contas, entre outros, e a sua capacidade atractiva, cujo valor médio é de 5,42.

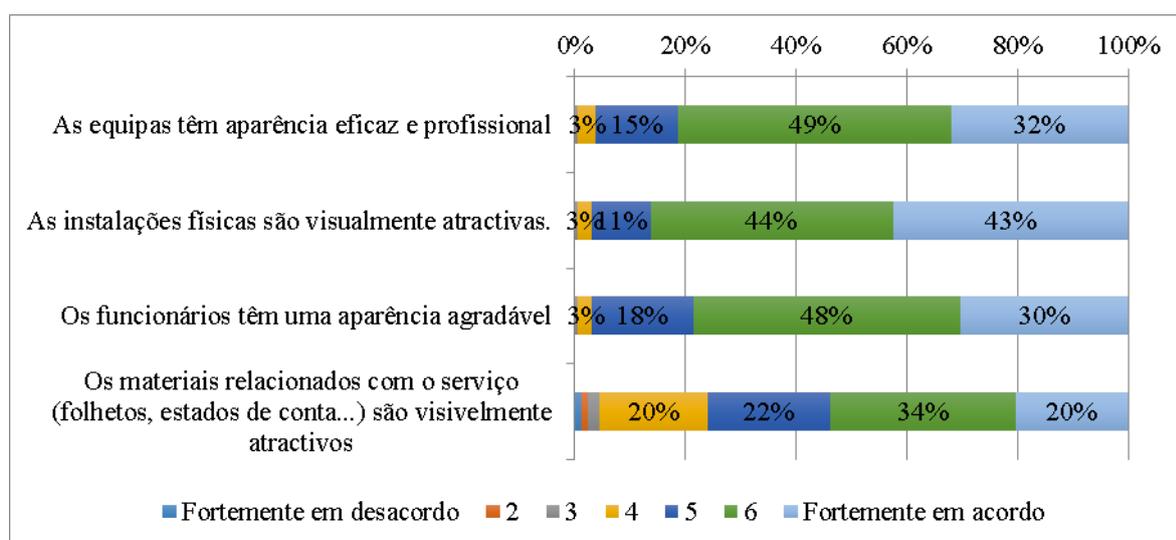


Figura 14 - Itens associados à percepção da dimensão “Tangibilidade”

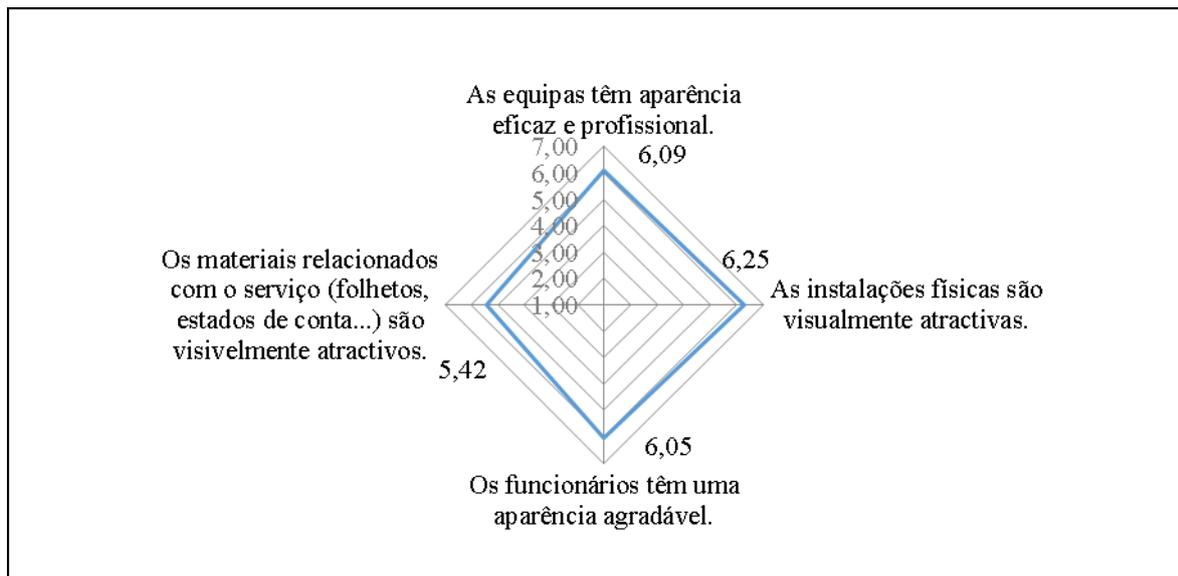


Figura 15 - Valor médio dos itens associados à percepção de “Tangibilidade”

5.3.2 Percepção relativamente à “Fiabilidade” dos serviços

Em termos da dimensão “Fiabilidade” dos serviços (figuras 16 e 17), o grau de concordância relativamente a cada um dos itens que compõem a dimensão é, igualmente, bastante elevada. Sendo que 77% estão muito ou fortemente de acordo no item “ quando tem um problema , mostram interesse sincero em soluçona-lo” e 76% no item “ realizam bem o serviço à primeira vez”. Os itens que apresentam uma pontuação ligeiramente inferior estão associados à capacidade de fazerem algo quando prometem fazer em determinado tempo (valor médio=5,66) e a insistência em manter os registos isentos de erros (valor médio=5,74).

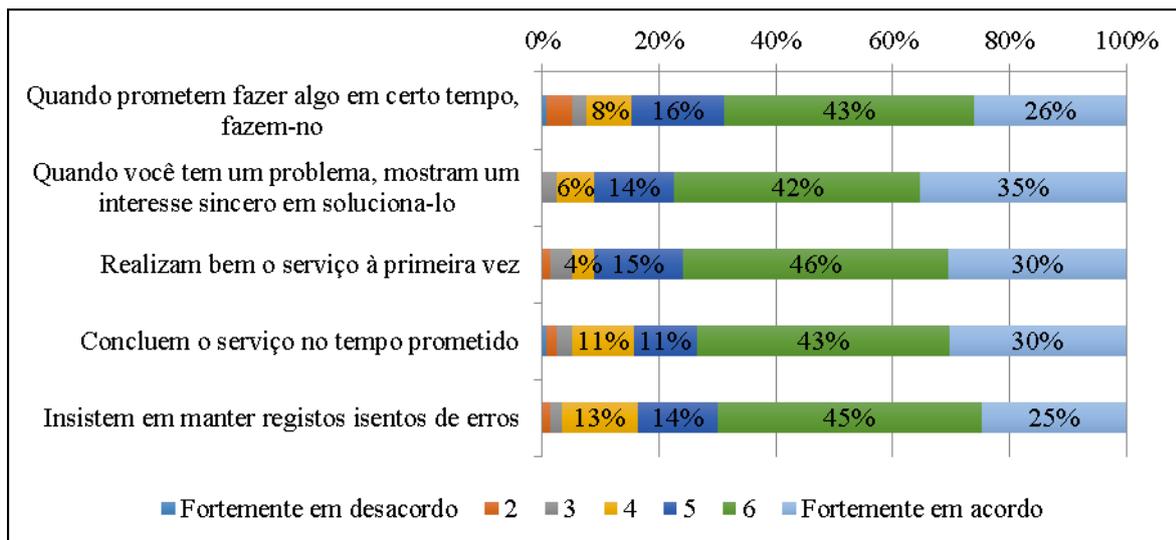


Figura 16 - Itens associados à percepção da dimensão “Fiabilidade”

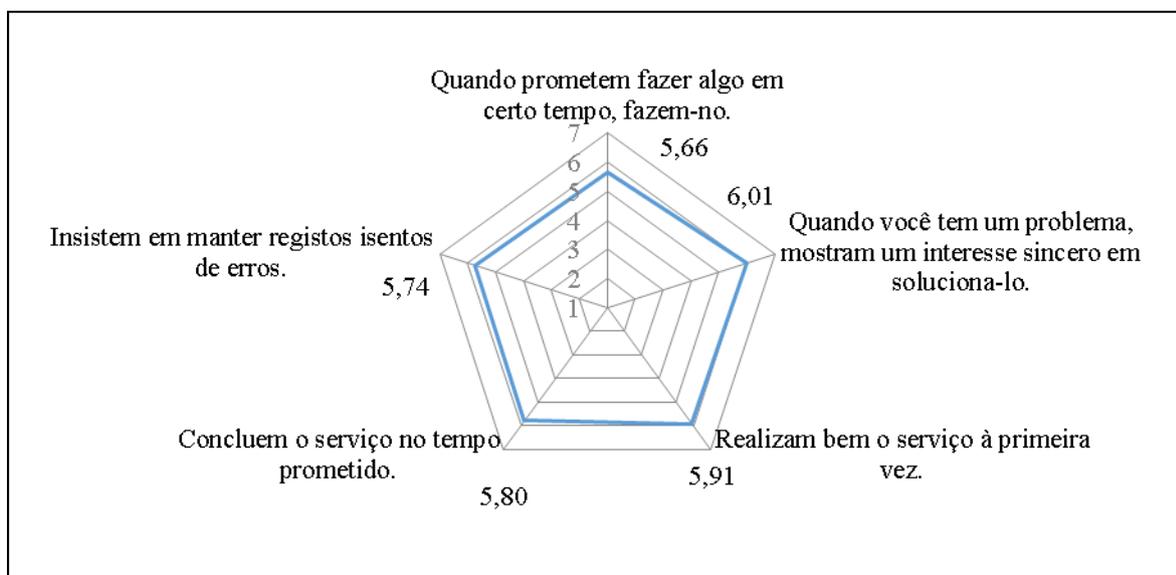


Figura 17 - Valor médio dos itens associados à percepção de “Fiabilidade”

5.3.3 Percepção relativamente à “Capacidade de Resposta” dos serviços

Em termos gerais, os inquiridos apresentam um grau de concordância elevado com os itens associados à capacidade de resposta (figuras 18 e 19). O item “ os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar” é aquele que apresenta maior pontuação (5,87) ou aquele em que os utentes se encontram muito ou fortemente de acordo (72%). É no item relativo à disponibilidade dos funcionários para responder a questões quando se encontram ocupados que o grau de concordância é relativamente mais baixo (55%), comparativamente com os outros itens desta dimensão.

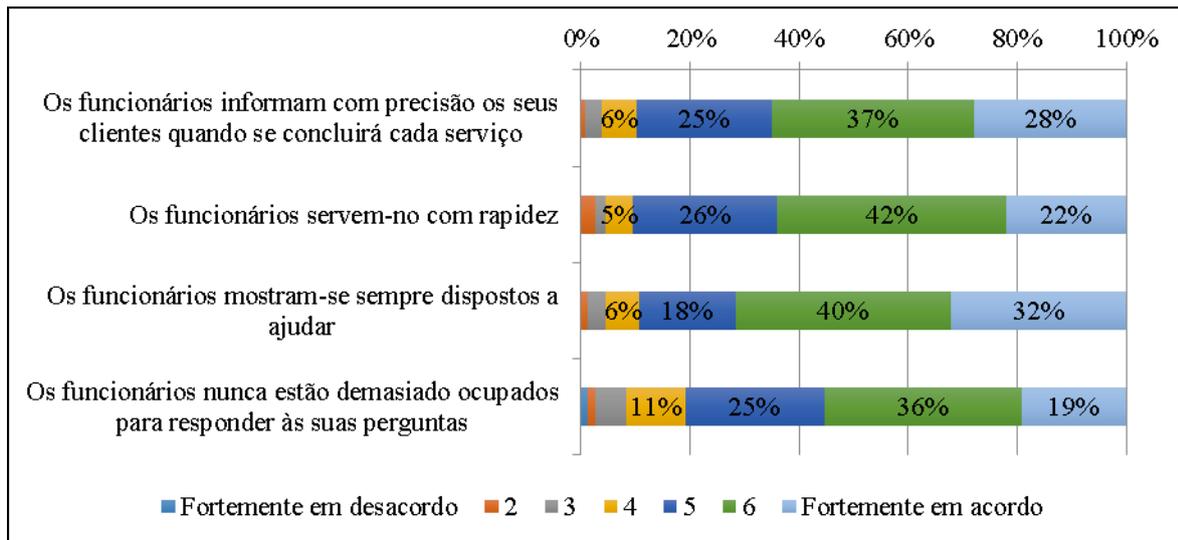


Figura 18 - Itens associados à percepção da dimensão “Capacidade de Resposta”

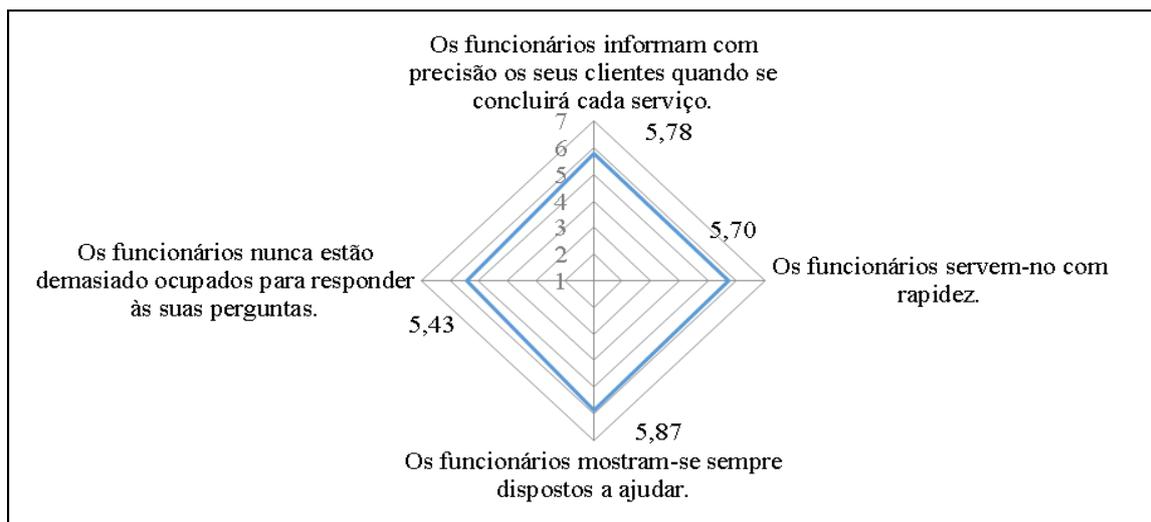


Figura 19 - Valor médio dos itens associados à percepção de “Capacidade de Resposta”

5.3.4 Percepção relativamente à “Segurança” dos serviços

Em termos gerais, os inquiridos apresentam um grau de concordância elevado com os itens associados à segurança e o padrão de pontuação dos itens é idêntico nesta dimensão (figuras 20 e 21).

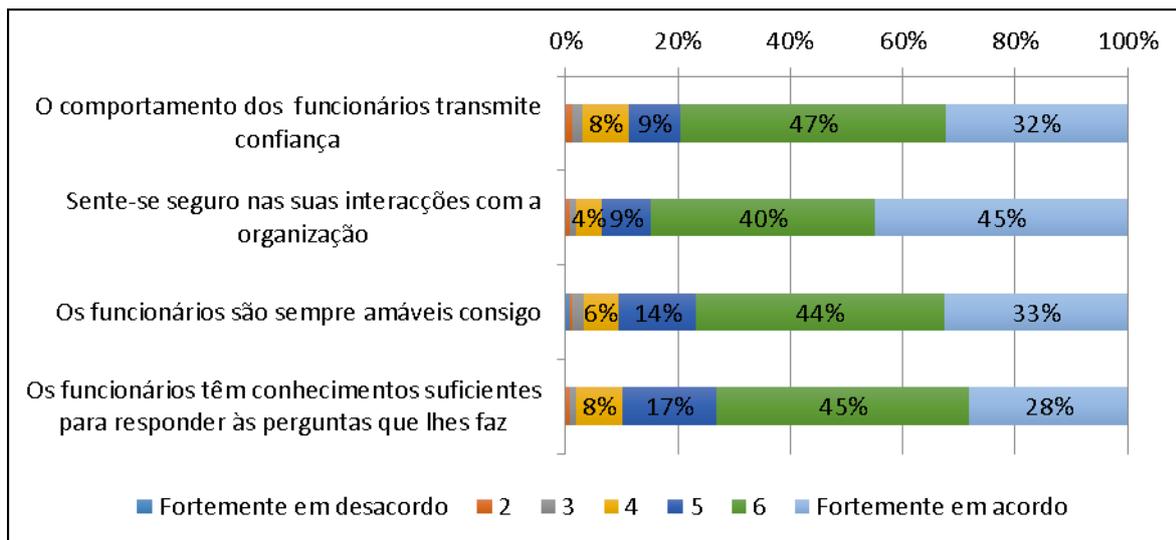


Figura 20 - Itens associados à percepção da dimensão “Segurança”

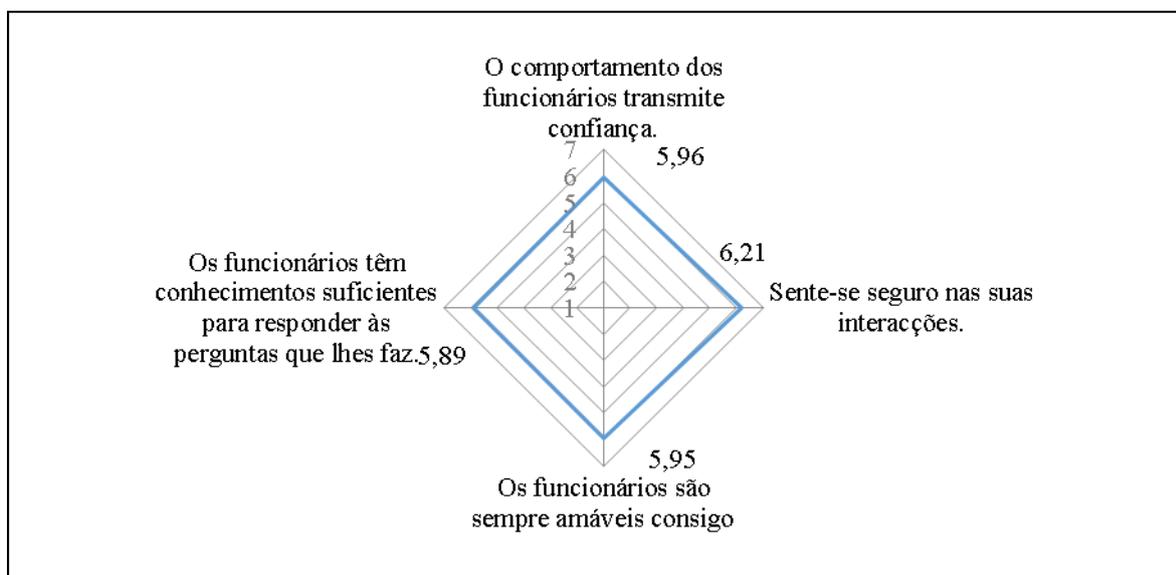


Figura 21 - Valor médio dos itens associados à percepção de “Segurança”

5.3.5 Percepção relativamente à “Empatia” dos serviços

Na dimensão da empatia (figuras 22 e 23) observa-se que o grau de concordância é mais elevado com a questão associada à adaptação dos horários aos clientes, em oposição à atenção personalizada dada a cada cliente, que embora positiva (valor médio=5,59), está abaixo da pontuação de outros itens para esta dimensão.

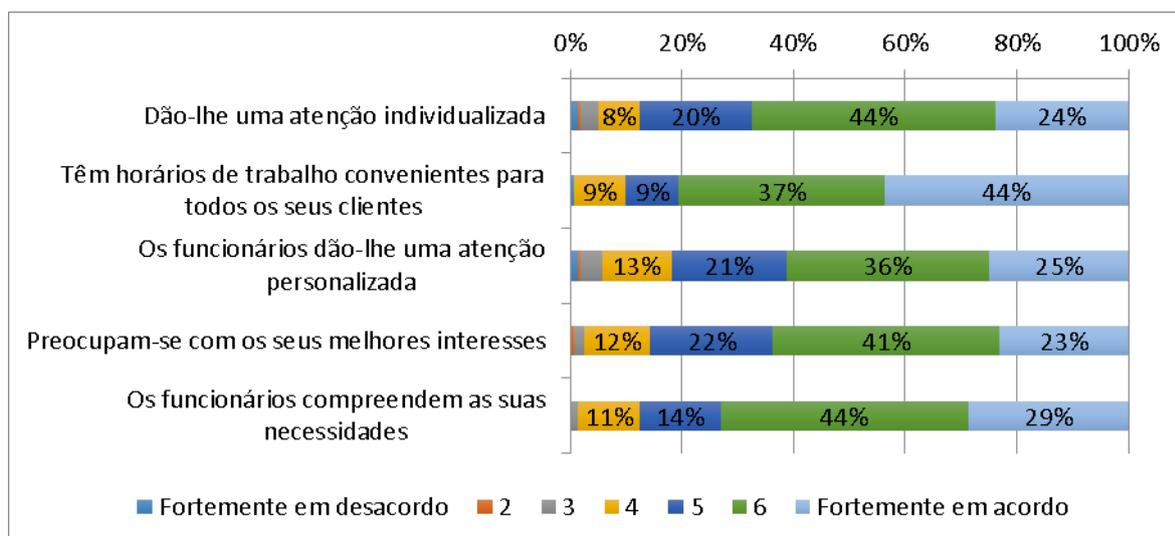


Figura 22 - Itens associados à dimensão “Empatia”

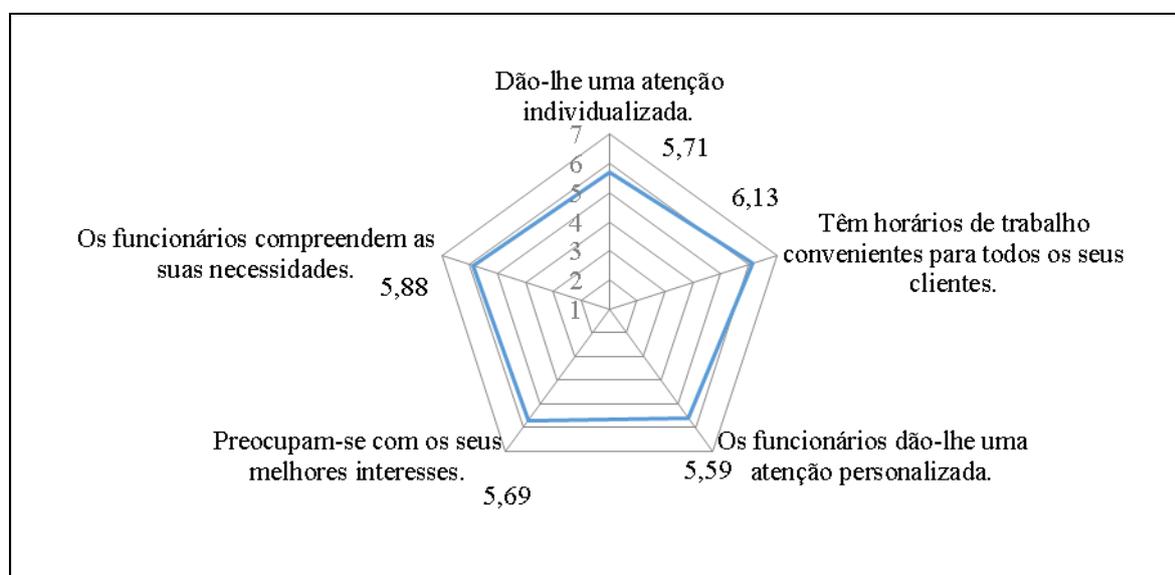


Figura 23 - Valor médio dos itens associados à percepção de “Empatia”

5.4 Análise das expectativas relativas à qualidade de serviço

De uma forma geral, a análise das expectativas relativas à qualidade do serviço é sobreponível à análise efectuada ao nível da percepção. As expectativas representam o que os utentes desejavam ou esperavam.

Os gráficos seguintes revelam os valores relativos atribuídos a cada resposta por dimensão, bem como a expressão desse valor em termos médios.

5.4.1 Análise das expectativas relativas à dimensão “tangibilidade”

Relativamente aos itens que compõem a dimensão “Tangibilidade” (figuras 24 e 25) verificou-se que o item com menor expectativa está relacionado com “os materiais relacionados com o serviço” com valor médio de 5,83. É de salientar que 12% dos utentes não concorda nem discorda em relação ao mesmo item.

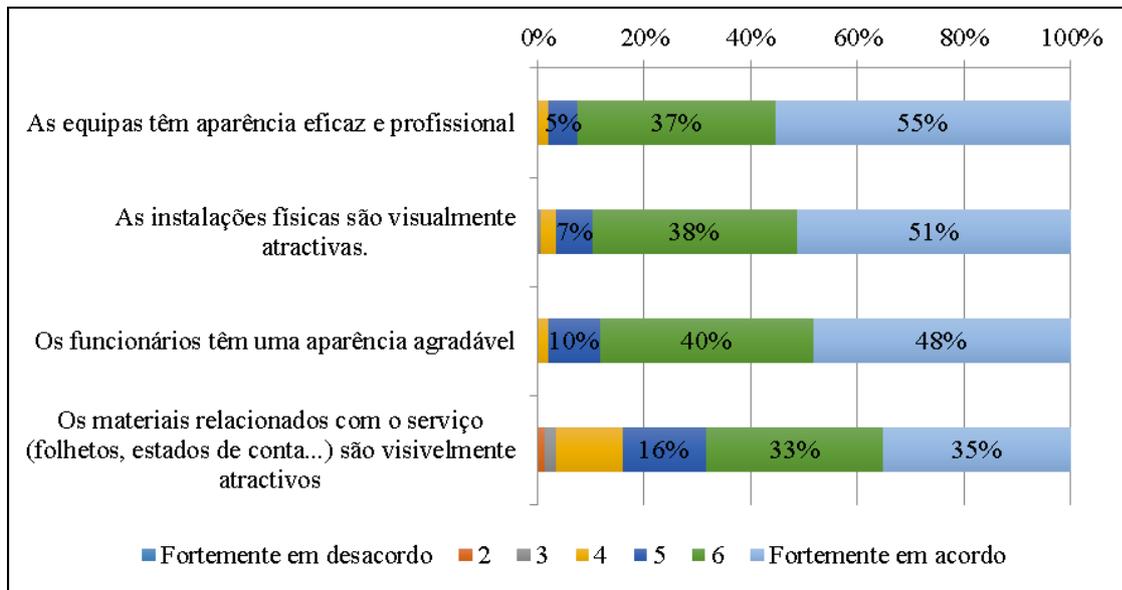


Figura 24 - Itens associados às expectativas da dimensão “Tangibilidade”

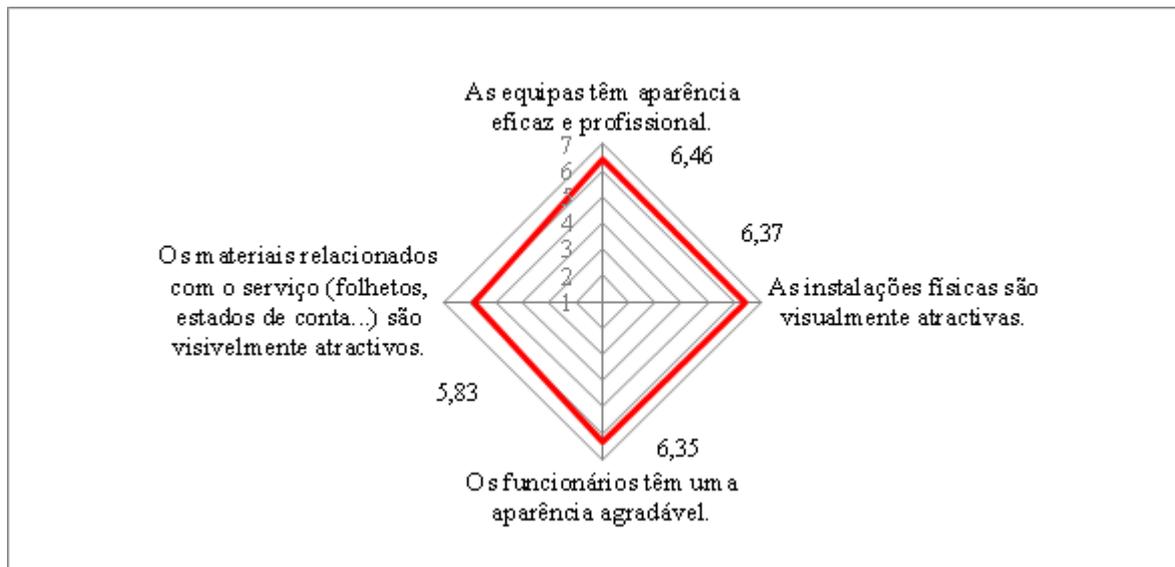


Figura 25 - Valor médio dos itens associados às expectativas de “tangibilidade”

5.4.2 Análise das expectativas relativas à “fiabilidade”

Os itens relacionados com as expectativas da dimensão fiabilidade (figuras 26 e 27) apresentam elevada concordância com percentagens elevadas em todos eles, com valores médios muito próximos dos 7 pontos. O item “manter os registos isentos de erros” apresenta-se como o menos valorizado (valor médio=6,31).

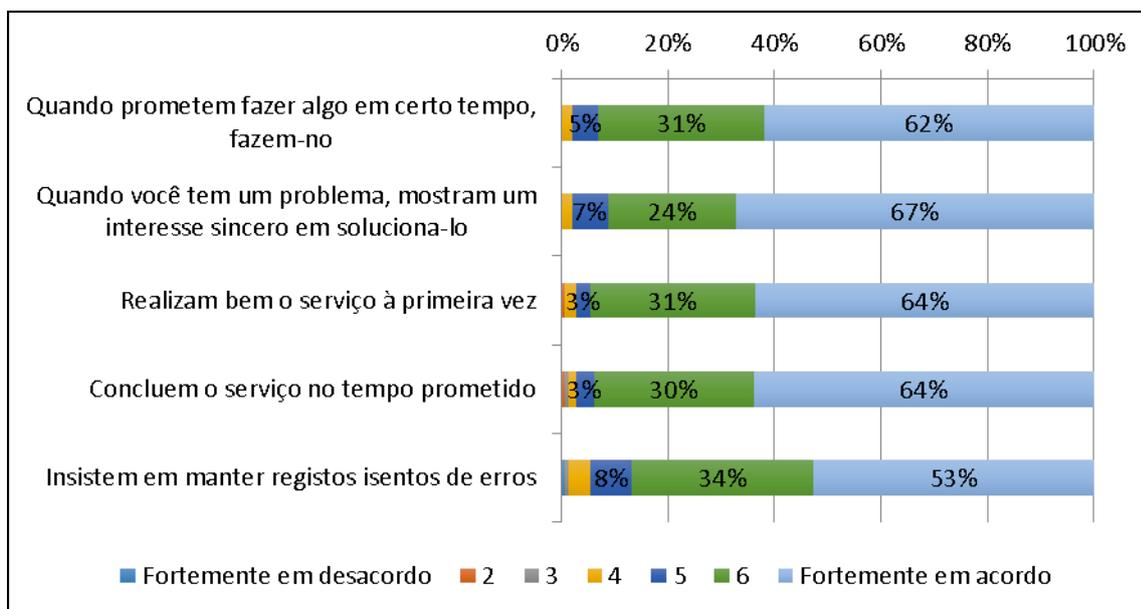


Figura 26 - Itens associados às expectativas da dimensão “Fiabilidade”

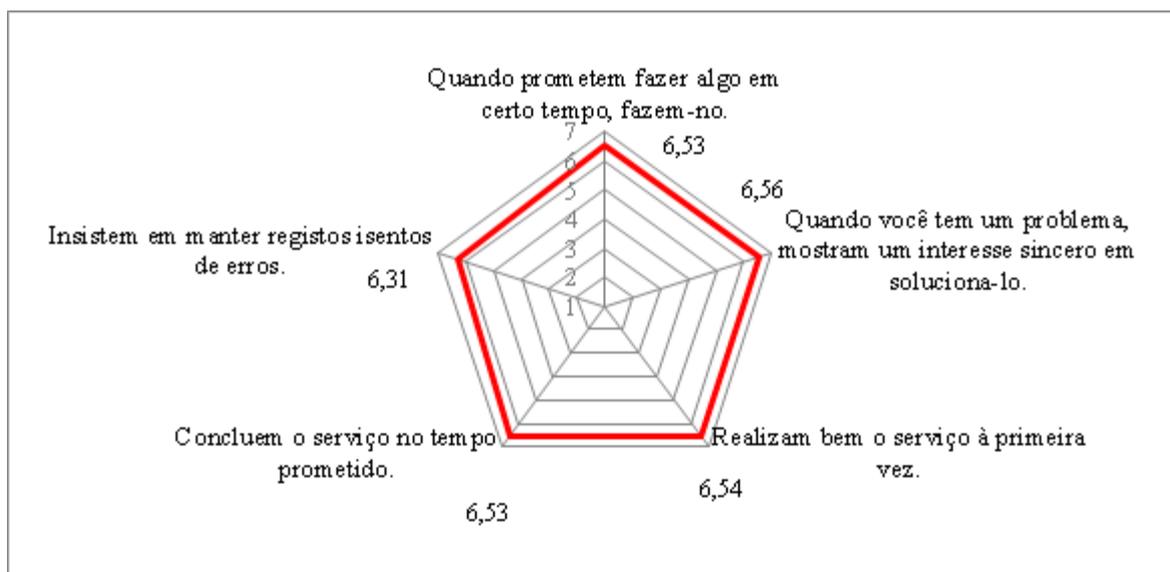


Figura 27 - Valor médio dos itens associados às expectativas de “Fiabilidade”

5.4.3 Análise das expectativas relativas à “capacidade de resposta” (figura 28 e 29)

Existe concordância em relação à valorização dos itens que compõe as expectativas desta dimensão. Os valores médios dos itens variam entre os 6,38 e os 6,48 pontos e as percentagens dos que estão muito ou fortemente de acordo variam entre os 87% e os 95%.

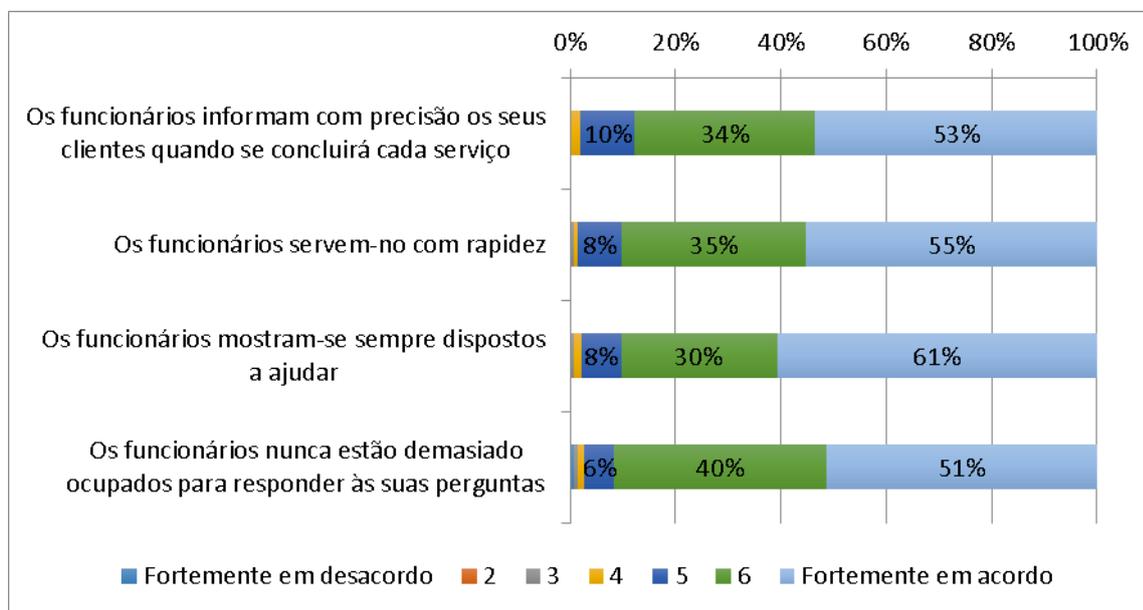


Figura 28 - Itens associados às expectativas da dimensão “Capacidade de Resposta”

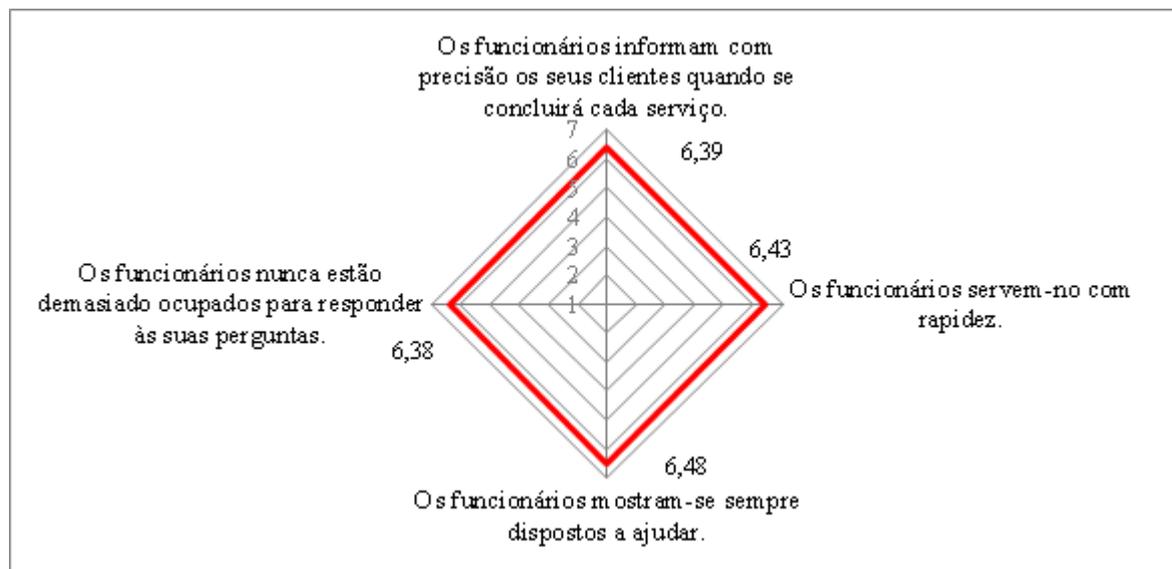


Figura 29 - Valor médio dos itens associados às expectativas de “Capacidade de Resposta”

5.4.4 Análise das expectativas relativas à “segurança”

Existe grande concordância em relação à valorização dos itens que compõe as expectativas da dimensão referente à segurança (figuras 30 e 31). Os valores médios dos itens variam entre os 6,48 e os 6,57 pontos. As percentagens dos que estão muito ou fortemente de acordo variam entre os 91% e os 94%.

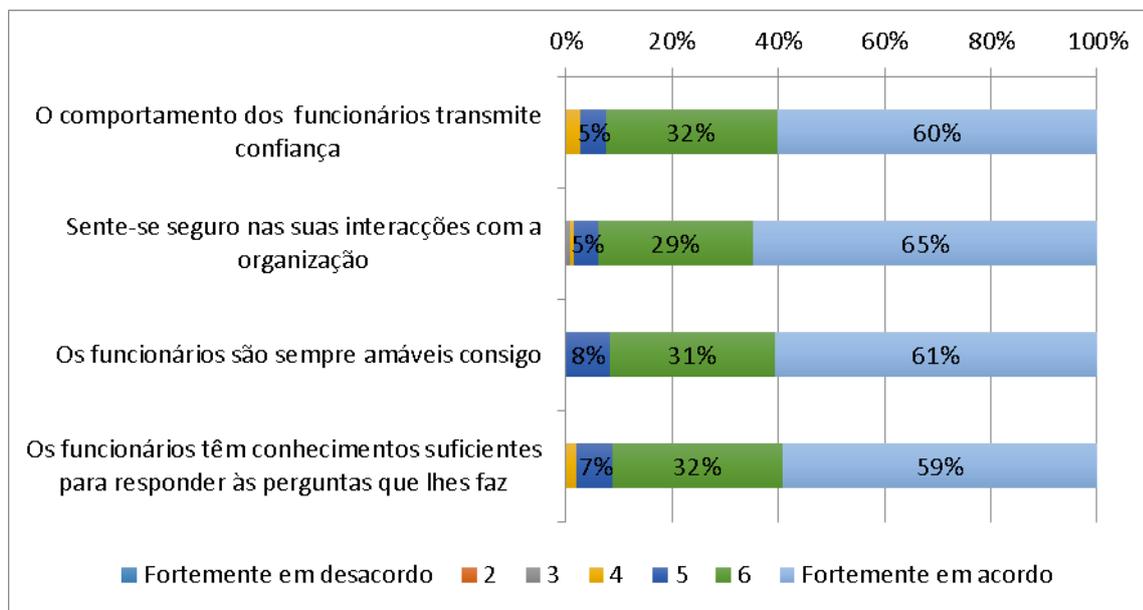


Figura 30 - Itens associados às expectativas da dimensão “Segurança”

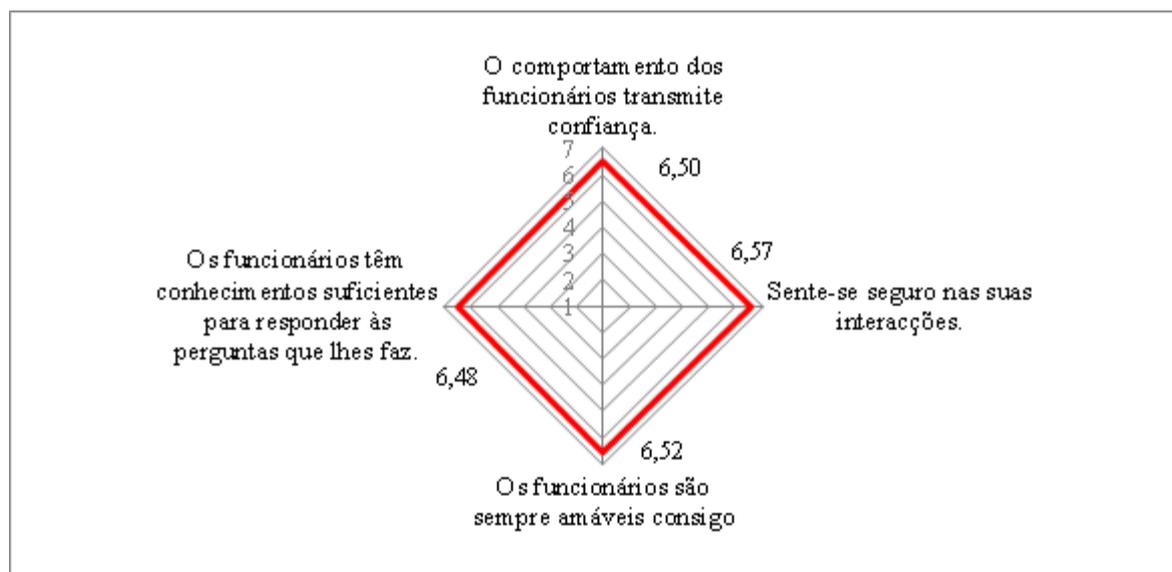


Figura 31 - Valor médio dos itens associados às expectativas de “Segurança”

5.4.5 Análise das expectativas relativas à “empatia”

A concordância é elevada em relação aos itens que compõe as expectativas da dimensão referente à empatia (figuras 32 e 33). Os valores médios dos itens variam entre os 6,48 e os 6,57 pontos. As percentagens dos que estão muito ou fortemente de acordo variam entre os 88% e os 95% nos itens que compõe esta dimensão.

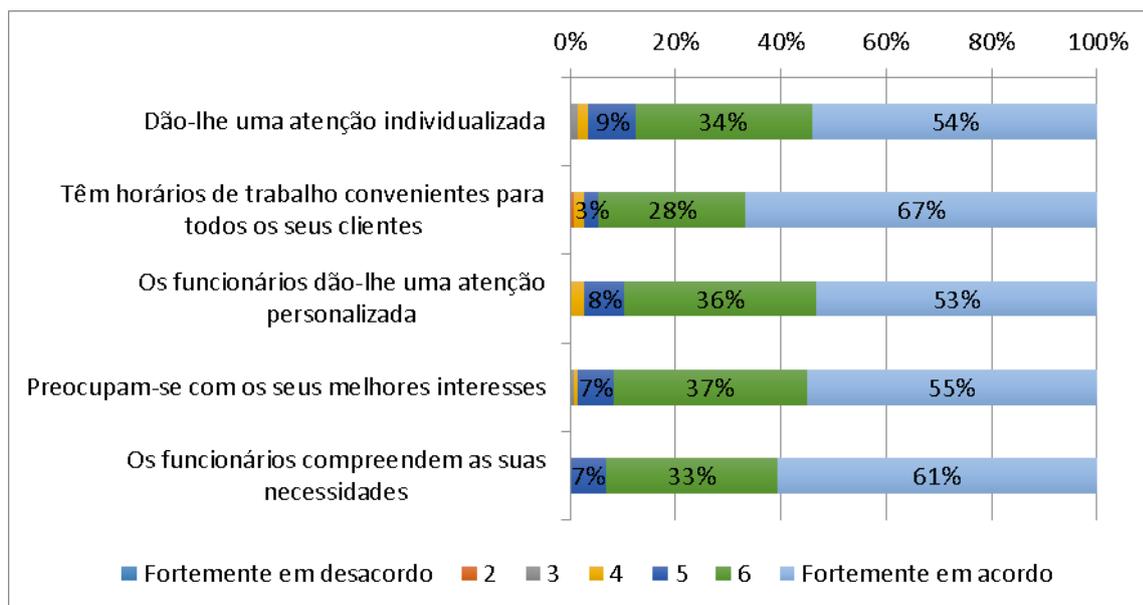


Figura 32 - Itens associados às expectativas da dimensão “Empatia”

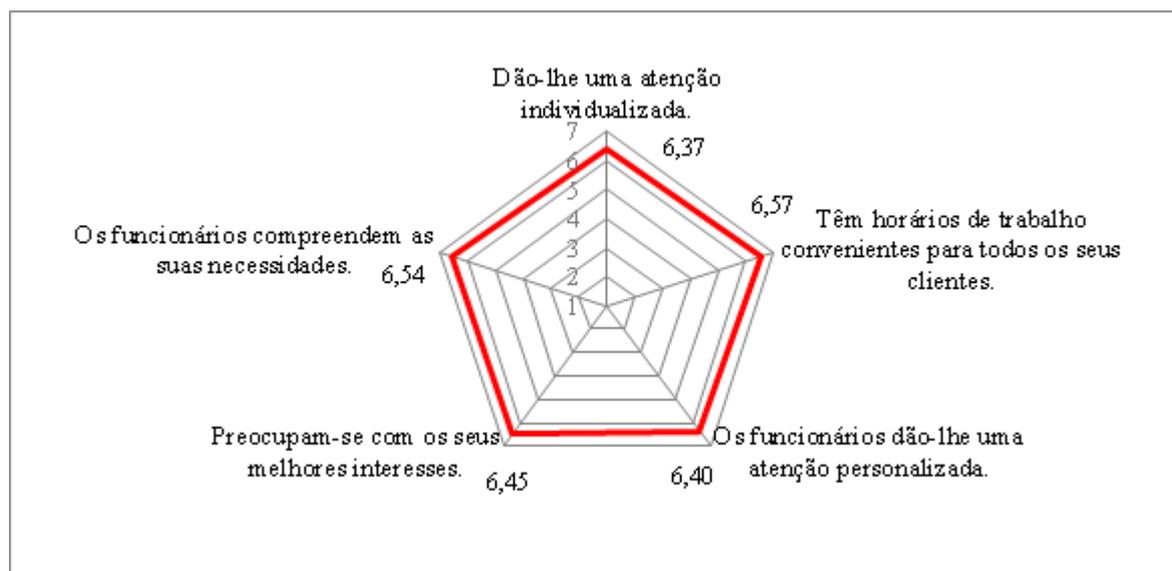


Figura 33 - Valor médio dos itens associados às expectativas de “Empatia”

5.5 Análise da qualidade percebida global do serviço

Segundo Parasuraman *et al.* (1988), a qualidade percebida de serviço é calculada através da diferença entre as percepções e expectativas dos clientes ou o *GAP* 5.

	Média Percepção	Média Expectativas	Média GAP (P-E)
Elementos tangíveis	5,96	6,27	-0,35
Fiabilidade	5,82	6,49	-0,71
Capacidade de resposta	5,69	6,41	-0,78
Segurança	6,00	6,52	-0,57
Empatia	5,80	6,47	-0,72

Tabela 5 - Valores médios do GAP por dimensão

O valor médio das percepções e das expectativas é bastante elevado em todas as dimensões e o *gap* existente relativamente baixo (tabela 5).

No entanto, com base no teste de t (anexo V) as diferenças entre as percepções e expectativas é estatisticamente significativo em todas as dimensões. Podemos concluir, que com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como as percepções são diferentes das expectativas, nas várias dimensões da qualidade do serviço. Assim, as pessoas têm, em média, expectativas superiores às percepções em todas as dimensões.

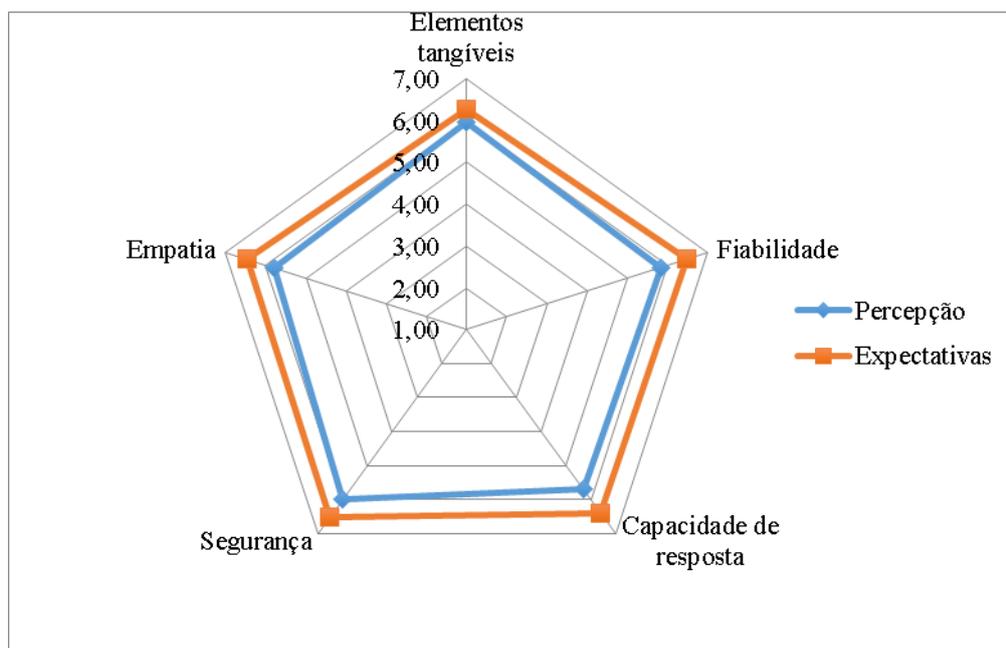


Figura 34 - Qualidade do Serviço

5.6 Análise da discrepância entre as percepções e as expectativas dos GAP's das dimensões por género

Entre homens e mulheres, o valor médio do gap não se diferencia do ponto de vista estatístico com excepção da dimensão associada aos elementos tangíveis da satisfação, onde o gap entre percepção e expectativas é significativamente mais elevado nas mulheres do que nos homens ($sig < 0,05$) (anexo VI).

5.7 Análise da discrepância entre as percepções e as expectativas dos GAP's das dimensões por classes etárias

Com base nos resultados do teste de Kruskal-Wallis (anexo VII) e para um nível de significância de 5%, pode concluir-se que existe evidência estatística em como a distribuição do Gap na dimensão fiabilidade é diferente em pelo menos uma das classes etárias ($sig < 0,05$).

Para se aferir em que grupos etários essas diferenças têm significado realizou-se o teste de comparação múltipla LSD. Concluiu-se através deste teste (anexo VII) que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão fiabilidade entre os indivíduos que têm entre 26-35 anos e os restantes grupos etários ($sig < 0,05$), sendo que os que têm entre 26-35 anos apresentam valores no *Gap* de Fiabilidade inferiores aos restantes.

Encontraram-se também diferenças estatisticamente significativas na distribuição do Gap de Fiabilidade entre os indivíduos que têm entre 56-65 anos e os que têm mais de 65 anos ($sig < 0,05$), sendo que os primeiros apresentam valores de Gap inferiores aos segundos.

5.8 Análise da discrepância entre as perceções e as expectativas dos GAP's das dimensões por frequência de utilização dos serviços

Com base nos resultados estatísticos do teste de Kruskal- Wallis, evidentes no anexo VIII, e com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, podemos concluir que existe evidência estatística em como a distribuição do GAP nas cinco dimensões é idêntico para os diferentes grupos em estudo.

6. CONCLUSÕES

A qualidade em serviços de saúde deve ser encarada como uma filosofia de gestão e deve ser direcionada para o utente de forma a satisfazer as suas necessidades e expectativas. Foi neste sentido que esta investigação se desenvolveu. Teve por base a aplicação da escala SERVQUAL, do modelo da qualidade percebida de Parasuraman *et al.* (1988), numa organização de saúde privada em Lisboa. O objetivo principal foi avaliar a qualidade de serviço prestado aos utentes, através da medição da discrepância entre o serviço esperado (expectativas) e o serviço percebido (percebido). Apresentam-se de seguida as principais conclusões do estudo.

Relativamente ao objetivo principal, o presente inquérito globalmente permitiu constatar que as expectativas dos utentes são ligeiramente superiores às percepções de qualidade de serviço, ainda que as percepções médias sejam muito elevadas em todos os itens e dimensões avaliadas. Constata-se que, em todas as dimensões, os valores médios das percepções e das expectativas é bastante elevado e o GAP existente relativamente baixo (a magnitude do GAP é pequena).

Ao analisar-se os valores médios das percepções, verificou-se que as dimensões mais concordantes pelos utentes inquiridos por ordem decrescente foram a segurança, os elementos tangíveis, a fiabilidade, a empatia e a capacidade de resposta. No que concerne ao valor médio das expectativas eles valorizaram primeiro a segurança, depois a fiabilidade, a empatia, a capacidade de resposta e por último os elementos tangíveis.

A discrepância entre as expectativas e o serviço percebido (percepções-expectativas) indicaram-nos por ordem decrescente a capacidade de resposta em primeiro lugar com maior valor médio do Gap, seguindo-se-lhe a empatia e a fiabilidade (com valores médios de discrepância praticamente iguais), a segurança, e por fim os elementos tangíveis com menor valor de discrepância. Estas diferenças foram em todas as dimensões estatisticamente significativas.

Analisando o valor médio das percepções e expectativas por item constatou-se que na dimensão elementos tangíveis, e em relação às percepções, o item que apresenta maior grau de concordância diz respeito às “ instalações físicas são visualmente atrativas” e relativamente às expectativas o mais valorizado refere-se “ à aparência eficaz e profissional das equipas”.

Observando o valor médio das percepções e expectativas por item constatou-se que na dimensão fiabilidade, o item que apresenta maior valor médio de concordância é o “realizam bem o serviço à primeira vez”. Em relação às expectativas, o mais valorizado é o “quando você tem um problema mostram interesse sincero em solucioná-lo”.

Em relação aos valores médios das percepções e expectativas por itens da dimensão capacidade de resposta, o que apresenta maior concordância e também o mais valorizado está relacionado com o item “os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar”.

Analisando o valor médio das percepções e expectativas por item e na dimensão segurança, o item que apresenta maior valor médio de concordância é o “sente-se seguro nas suas interações”. Em relação às expectativas, esse item também é o mais valorizado.

Em relação aos valores médios das percepções e expectativas por itens da dimensão empatia, o que apresenta maior concordância e em relação às expectativas o mais valorizado é o “têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes”.

O valor médio da discrepância entre as percepções e expectativas não se diferenciou em relação ao género, à exceção da dimensão associada aos elementos tangíveis da satisfação onde o GAP é significativamente mais elevado nas mulheres, o que significa que as mulheres estão mais insatisfeitas do que os homens nesta dimensão.

No que concerne às classes etárias constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão fiabilidade, entre o grupo etário dos 26-35 anos e os restantes grupos etários. E entre o grupo dos 56-65 anos e os de mais de 65 anos, sendo que os segundos apresentam maior insatisfação.

No que respeita à frequência de utilização dos serviços, os resultados não permitiram detetar qualquer diferença estatisticamente significativa nas várias dimensões entre os diferentes grupos em estudo.

6.1 Limitações da investigação

Como não foi possível ter acesso à listagem dos utentes da instituição de saúde privada, o método de amostragem utilizado foi o de amostragem por conveniência. Os utentes participantes deste estudo foram aqueles que se encontravam presentes na sala de espera nos dias de recolha da amostra, e que disponibilizaram a responder. Assim o processo de recolha da amostra não garante que a mostra seja representativa da população.

Os resultados desta investigação não podem ser generalizados a outras instituições de saúde. Além disso, não foi possível comparar os resultados com outros estudos desenvolvidos em Portugal com o SERVQUAL original no sector da saúde, porque os estudos encontrados referiam-se ao SERVQUAL adaptado, com adaptações feitas no nº de dimensões e de itens.

6.2 Recomendações futuras

No que concerne ao questionário, poderia ter sido adicionado na parte 1 do questionário uma secção adicional, para aferir se os utentes tiveram algum problema anterior com os serviços e se recomendariam os serviços a amigos. Permitiria conhecer experiências anteriores e tentar perceber até que ponto influenciavam os resultados.

De forma a poder ser analisada a qualidade percebida do serviço em diferentes perspetivas, poderia desenvolver-se uma investigação contendo as perspetivas dos prestadores dos cuidados de saúde, dos gestores e dos funcionários administrativos, além dos utentes.

BIBLIOGRAFIA

- ASUBONTENG P.; MCCLEARY K. J.; SWAN J. E. (1996). SERVQUAL revisited: A critical review of service quality. *The Journal of Services Marketing*, 10 (6): 62-81.
- BABAKUS E. e MANGOLD W. G. Adapting the scale to Hospital Services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26 (6):767-786.
- BARROS, P.; SIMÕES, J. (2007). Portugal - Health system review. In: *Health Systems in Transition*, 9 (5), Editors: Sara Allin, Elias Mossialos. European Observatory on Health Systems and Policies.
- BERRY, L. L. e PARASURAMAN, A (1991). *Marketing services: Competing Through quality*. New York: The Free Press.
- BITNER M.; HUBBERT A. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality. In Rust R. Service quality: new directions in theory and practice. *Thousand Oaks, CA: SAGE*, cap. 3:72-93.
- BOQUINHA, J. (2012). *Políticas e sistemas de saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- BRADY M. K. e CRONIN, J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *The Journal of Marketing*, 65 (3):34-49.
- CAMPEN C. V.; SIXMA H.; FRIELE R. D.; KERSSSENS J. J. e PETERS L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1):109-133.
- CRONIN, J. J., e TAYLOR, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3): 55-68.
- CRONIN, J. J., e TAYLOR, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance- Based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1): 125-131.
- CROW R.; GAGE H.; HAMPSON S.; HART J.; KIMBER A.; STOREY L.; THOMAS H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6 (32).
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) 1997. *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DONABEDIAN A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260: 1743-1748.
- DONABEDIAN A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114: 1115-1118.
- DONABEDIAN A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18: 356-360.
- FOTIADIS, A. K. e VASSILIADIS C. A. (2013). The effects of a transfer to new premises on patient's perceptions of service quality in a general hospital in Greece. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24 (9-10): 1022-1034.
- FRAGATA, J. (2006). *Conceito de qualidade em saúde*. In: *Risco clínico. Complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.

- FRANÇA, M. (2008). Gestão da qualidade e inovação em saúde. Financiamento inovação e sustentabilidade. *Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar. Lisboa.*
- GILL L. e WHITE L. (2009). A critical review of patient satisfaction. In: Leadership in health services. *Emerald Group Publishing Limited*, 22 (1): 8-19.
- GRONROOS, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4): 36-44.
- GRONROOS, C. (2004). **Marketing: Gerenciamento e Serviços**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- GUMMESSON, E. (1987). The new marketing- Developing long- term interactive relationships. *Longe Range Planning*, 20 (4): 10-20.
- GUMMESSON, E. e GRÖNROOS, C. (1987). Quality of services- Lessons from product sector. In: Carol Surprenant. *Add Value to Your Service*. Chicago: American Marketing Association.
- HESPANHOL, A., VIEIRA, A. e PEREIRA, A. C. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 24(3): 363-372.
- HILL, M. e A. HILL (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- KILBOURNE, W. E., DUFFY, J. A., DUFFY, M. E GIARCHI, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross- national measurements of health- care quality. *Journal of Services Marketing*, 18(7): 524-533.
- KOTLER, P. (2000). *Administração de marketing*. São Paulo: Prentice Hall.
- LEGIDO- QUIGLEY, H., MCKEE, M., NOLTE, E. e GLINOS, I. A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a Case for Action. *WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*.
- MAROCO, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5ª Ed. Pero Pinheiro: ReportNumber Análise e Gestão de Informação, Lda.
- MEZOMO, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos*. Barueri, Brasil: Editora Manole, Ltda.
- MINTZBER, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. 3ª Ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- MIRANDA, D. M. L. (2010). *Compreender os atributos da qualidade percebida pelos clientes/ utentes do grupo CUF. O caso de três serviços da região de lisboa*. Tese de Mestrado em Intervenção Sócio- Organizacional na Saúde, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- OVRETVEIT, J. (1992). Health service quality. *Oxford: Blackwell Scientific Press*.
- OVRETVEIT, J. (1996). *La qualità nel servizio sanitario*. Napoli: EdiSES.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAMAL, V. A., e BERRY, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (4): 41-51.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAMAL, V. A., e BERRY, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple- item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1): 12-40.

- PARASURAMAN, A., ZEITHAMAL, V. A., e BERRY, L. L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67 (4): 420-450.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAMAL, V. A., e BERRY, L. L. (1993). More on Improving Service Quality Measurement. *Journal of Retailing*, 69 (1): 140-146.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAMAL, V. A., e BERRY, L. L. (1994). Alternative Scales for Measuring Service quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Retailing*, 70 (3): 201-230.
- PEREIRA, A. (2008). *SPSS guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- PIRES, A. R. (2007). *Qualidade: Sistemas de gestão de qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- REIS, E. (1991). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- REIS, E., MELO, E., ANDRADE, R. e CALAPEZ, T. (2001). *Estatística Aplicada, volume 2*. Lisboa: Edições Sílabo.
- RIBEIRO, J. (2003). A empresarialização dos hospitais. In: Revista Qualidade em Saúde, nº 7, Junho:10.
- RIBEIRO, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição, Porto: Coleção Livpsic.
- ROCHA, J. A. O. (2006). *Qualidade na saúde. In: Gestão da qualidade: Aplicação aos serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora, Cap. 4:113.
- SAMPAIO, G. V. R. (2014). Perceções dos profissionais de Saúde sobre a Qualidade dos Serviços Hospitalares. In: *Revista TQM- Temático*. Lisboa.
- SERAPIONI, M. (2009). Avaliação da qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 85, Junho: 65-82.
- SILVA, A., VARANDA, J. e NÓBREGA, S. D. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. 1ª Edição, Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- SILVA, S. (2009). *Associação Portuguesa de Seguradores*, Lisboa: Depósito Legal nº301861/09,in https://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=2151
- SIMÕES, J. (2004). *Retrato Político da Saúde – Dependência do Percursos e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.
- YOUSAPRONPAIBOON, K. e JOHNSON, W. C. (2013). Out- Patient service quality perceptions in private Thai hospitals. *International Journal of Business and Social Science*, 4(2):57- 65.
- ZEITHAMAL, V. A., BERRY, L. L. e PARASURAMAN, A (1993). *The nature and determinants of Customer Expectations of Service*. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21 (1): 1-12.
- ZINELDIN, M. (2006). The quality of healthcare and patient satisfaction. *Int. J. Health Care Quality Assurance*, 19(1): 60-92.

Sites Web

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2009), Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde Pelos Subsistemas e Seguros de Saúde, In

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf

[acedido em 20/09/2014](#)

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2011), Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, in

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf [acedido em 20/09/2014](#)

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2011-2016), in

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf [acedido em 20/09/2014](#)

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001229&contexto=bd&selTab=tab2, 23 de setembro pelas 14h50

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf, consultado em 23 de Setembro pelas 15h

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/subsistemas_saude.pdf consultado em 23 de Setembro de 2014, pelas 15h34m

http://www.ulsna.min-saude.pt/Utente/DocumentosPDF/InformacaoUtil/utente_1sns.pdf, consultado em 23 de Setembro de 2014, pelas 15h40m

<http://www.observaport.org/node/141>, consultado em 23 de Setembro de 2014, pelas 15h42

ANEXOS

ANEXOS I- QUESTIONÁRIO

Questionário para Avaliar a Qualidade de Serviço

Este questionário surge no âmbito de um trabalho de investigação, inserido numa Dissertação de Mestrado em Gestão do ISCTE-IUL e tem como objetivo aferir a qualidade de serviço da organização, por parte dos seus utentes.

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

Agradeço desde já a sua colaboração.

PARTE 1- *Caracterização Sócio- Demográfica*

1) Sexo: Feminino Masculino

2) Idade: _____ Anos

3) Nível de Escolaridade:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sem Escolaridade |
| <input type="checkbox"/> | 1º Ciclo- 1º ano ao 4º ano |
| <input type="checkbox"/> | 2º Ciclo- 5º ano e 6º ano |
| <input type="checkbox"/> | 3º Ciclo- 7º ano ao 9º ano |
| <input type="checkbox"/> | Secundário- 10ºano ao 12º ano |
| <input type="checkbox"/> | Superior |

4) Com que frequência utiliza os serviços?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Raramente |
| <input type="checkbox"/> | Às vezes |
| <input type="checkbox"/> | Regularmente |
| <input type="checkbox"/> | Muito frequentemente |

5) Tipos de serviço que utiliza com regularidade:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Consultas |
| <input type="checkbox"/> | Exames Complementares de Diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> | Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> | Tratamentos |
| <input type="checkbox"/> | Internamento |

PARTE 2- *Avaliar a Qualidade de Serviço*

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

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente

	PERCEPÇÃO REAL							EXPECTATIVAS						
	(1)Discordo Totalmente (7)Concordo Totalmente							(1)Discordo Totalmente (7)Concordo Totalmente						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. As equipas têm aparência eficaz e profissional.														
2. As instalações físicas são visualmente atrativas.														
3. Os funcionários têm uma aparência agradável.														
4. Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atrativos.														
5. Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.														
6. Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucioná-lo.														
7. Os XXX realizam bem o serviço à primeira vez.														
8. Os XXX concluem o serviço no tempo prometido.														
9. Os XXX insistem em manter registos isentos de erros.														
10. Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço.														
11. Os funcionários servem-no com rapidez.														
12. Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar.														
13. Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.														
14. O comportamento dos funcionários transmite confiança.														
15. Sente-se seguro nas suas interações com o XXX.														
16. Os funcionários são sempre amáveis consigo.														
17. Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz.														
18. Os funcionários dão-lhe uma atenção individualizada.														
19. Os XXX têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes.														
20. Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada.														
21. No XXX preocupam-se com os seus melhores interesses.														
22. Os funcionários compreendem as suas necessidades.														

AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO

ANEXOS II- ANÁLISE DESCRITIVA

Sexo

		Frequency	Percent
Valid	Feminino	100	62%
	Masculino	61	38%
	Total	161	

Idade

N	Valid	161
	Missing	0
Mean		52,61
Minimum		16
Maximum		84
Percentiles	25	41
	50	53
	75	66

Grupo Etário

		Frequency	Percent
Valid	<=25 anos	9	6%
	26-35 anos	15	9%
	36-45 anos	32	20%
	46-55 anos	33	20%
	56-65 anos	31	19%
	>65 anos	41	25%
	Total	161	

Nível de Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º Ciclo	8	5	5	5
	2º Ciclo	3	1,9	1,9	6,8
	3º Ciclo	20	12,4	12,4	19,3
	Secundário	60	37,3	37,3	56,5
	Superior	70	43,5	43,5	100
	Total	161	100	100	

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

Com que frequência utiliza os serviços desta organização?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Raramente	6	3,7	3,7	3,7
Às vezes	33	20,5	20,5	24,2
Regularmente	90	55,9	55,9	80,1
Muito frequentemente	32	19,9	19,9	100
Total	161	100	100	

Tipos de serviço que utiliza com regularidade

	Sim	Não	Total	% Sim
Consultas	157	4	161	98%
Exames complementares de diagnóstico	117	44	161	73%
Fisioterapia	13	148	161	8%
Tratamentos	25	136	161	16%
Internamento	16	145	161	10%

ANEXOS III- ANÁLISE DESCRITIVA DAS PERCEÇÕES DOS UTENTES

Dimensão	Item	Média
ELEMENTOS TANGÍVEIS	P1 As equipas têm aparência eficaz e profissional.	6,09
	P2 As instalações físicas são visualmente atractivas.	6,25
	P3 Os funcionários têm uma aparência agradável.	6,05
	P4 Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos.	5,42
FIABILIDADE	P5 Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.	5,66
	P6 Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucionar-lo.	6,01
	P7 Realizam bem o serviço à primeira vez.	5,91
	P8 Concluem o serviço no tempo prometido.	5,80
	P9 Insistem em manter registos isentos de erros.	5,74
CAPACIDADE DE RESPOSTA	P10 Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço.	5,78
	P11 Os funcionários servem-no com rapidez.	5,70
	P12 Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar.	5,87
	P13 Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	5,43
SEGURANÇA	P14 O comportamento dos funcionários transmite confiança.	5,96
	P15 Sente-se seguro nas suas interações.	6,21
	P16 Os funcionários são sempre amáveis consigo	5,95
	P17 Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz.	5,89
EMPATIA	P18 Dão-lhe uma atenção individualizada.	5,71
	P19 Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes.	6,13
	P20 Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada.	5,59
	P21 Preocupam-se com os seus melhores interesses.	5,69
	P22 Os funcionários compreendem as suas necessidades.	5,88

1) Perceção relativa à dimensão “Aspetos Tangíveis”

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo	Total
As equipas têm aparência eficaz e profissional	0	0	1	5	24	79	51	160
As instalações físicas são visualmente atractivas.	0	0	1	4	17	70	68	160
Os funcionários têm uma aparência agradável	0	0	1	4	29	76	48	158
Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos	2	2	3	31	35	53	32	158

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo
As equipas têm aparência eficaz e profissional	0%	0%	1%	3%	15%	49%	32%
As instalações físicas são visualmente atractivas.	0%	0%	1%	3%	11%	44%	43%
Os funcionários têm uma aparência agradável	0%	0%	1%	3%	18%	48%	30%
Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos	1%	1%	2%	20%	22%	34%	20%

1) Perceção relativa à dimensão “Fiabilidade”

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo	total
Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no	1	7	4	12	25	67	41	157
Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucioná-lo	0	0	4	10	22	67	56	159
Realizam bem o serviço à primeira vez	0	2	6	6	24	72	48	158
Concluem o serviço no tempo prometido	1	3	4	17	17	69	48	159
Insistem em manter registos isentos de erros	0	2	3	20	21	69	38	153

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo
Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no	1%	4%	3%	8%	16%	43%	26%
Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucioná-lo	0%	0%	3%	6%	14%	42%	35%
Realizam bem o serviço à primeira vez	0%	1%	4%	4%	15%	46%	30%
Concluem o serviço no tempo prometido	1%	2%	3%	11%	11%	43%	30%
Insistem em manter registos isentos de erros	0%	1%	2%	13%	14%	45%	25%

3) Perceção relativa à dimensão “Capacidade de Resposta”

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo	total
Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço	0	1	5	10	39	58	44	157
Os funcionários servem-no com rapidez	0	4	3	8	42	67	35	159

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar	0	2	5	10	28	63	51	159
Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas	2	2	9	17	40	57	30	157

	Forte mente em desacordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acordo
Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço	0%	1%	3%	6%	25%	37%	28%
Os funcionários servem-no com rapidez	0%	3%	2%	5%	26%	42%	22%
Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar	0%	1%	3%	6%	18%	40%	32%
Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas	1%	1%	6%	11%	25%	36%	19%

4) Perceção relativa à dimensão “Segurança”

	Forte mente em desacordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acordo	total
O comportamento dos funcionários transmite confiança	0	2	3	13	15	76	52	161
Sente-se seguro nas suas interações com a organização	0	1	2	7	14	63	71	158
Os funcionários são sempre amáveis consigo	1	1	3	10	22	71	52	160
Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz	0	1	2	13	27	72	45	160

	Forte mente em desacordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acordo
O comportamento dos funcionários transmite confiança	0%	1%	2%	8%	9%	47%	32%
Sente-se seguro nas suas interações com a organização	0%	1%	1%	4%	9%	40%	45%
Os funcionários são sempre amáveis consigo	1%	1%	2%	6%	14%	44%	33%
Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz	0%	1%	1%	8%	17%	45%	28%

5) Perceção relativa à dimensão “Empatia”

	Fortemen te em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemen te em acordo	total
Dão-lhe uma atenção individualizada	2	1	5	12	32	70	38	160
Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes	1	0	0	15	15	59	70	160
Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada	2	1	6	20	33	58	40	160
Preocupam-se com os seus melhores interesses	0	1	3	19	35	65	37	160
Os funcionários compreendem as suas necessidades	0	0	2	18	23	71	46	160

	Forte mente em desaco rdo	2	3	4	5	6	Forte mente em acordo
Dão-lhe uma atenção individualizada	1%	1%	3%	8%	20%	44%	24%
Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes	1%	0%	0%	9%	9%	37%	44%
Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada	1%	1%	4%	13%	21%	36%	25%
Preocupam-se com os seus melhores interesses	0%	1%	2%	12%	22%	41%	23%
Os funcionários compreendem as suas necessidades	0%	0%	1%	11%	14%	44%	29%

ANEXOS IV- ANÁLISE DAS EXPECTATIVAS

Dimensão	Item	Média
ELEMENTOS TANGÍVEIS	E1 As equipas têm aparência eficaz e profissional.	6,46
	E2 As instalações físicas são visualmente atractivas.	6,37
	E3 Os funcionários têm uma aparência agradável.	6,35
	E4 Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos.	5,83
FIABILIDADE	E5 Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no.	6,53
	E6 Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucionar-lo.	6,56
	E7 Realizam bem o serviço à primeira vez.	6,54
	E8 Concluem o serviço no tempo prometido.	6,53
	E9 Insistem em manter registos isentos de erros.	6,31
CAPACIDADE DE RESPOSTA	E10 Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço.	6,39
	E11 Os funcionários servem-no com rapidez.	6,43
	E12 Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar.	6,48
	E13 Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	6,38
SEGURANÇA	E14 O comportamento dos funcionários transmite confiança.	6,50
	E15 Sente-se seguro nas suas interações.	6,57
	E16 Os funcionários são sempre amáveis consigo	6,52
	E17 Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz.	6,48
EMPATIA	E18 Dão-lhe uma atenção individualizada.	6,37
	E19 Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes.	6,57
	E20 Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada.	6,40
	E21 Preocupam-se com os seus melhores interesses.	6,45
	E22 Os funcionários compreendem as suas necessidades.	6,54

1) Expectativas relativas à dimensão “Aspetos Tangíveis”

	Forte ment e em desa cord o	2	3	4	5	6	Forte ment e em acor do	Total
As equipas têm aparência eficaz e profissional	0	0	0	3	8	55	82	148
As instalações físicas são visualmente atractivas.	0	0	1	4	10	56	75	146
Os funcionários têm uma aparência agradável	0	0	0	3	14	58	70	145
Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos	0	2	3	18	23	48	51	145

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo
As equipas têm aparência eficaz e profissional	0%	0%	0%	2%	5%	37%	55%
As instalações físicas são visualmente atractivas.	0%	0%	1%	3%	7%	38%	51%
Os funcionários têm uma aparência agradável	0%	0%	0%	2%	10%	40%	48%
Os materiais relacionados com o serviço (folhetos, estados de conta...) são visivelmente atractivos	0%	1%	2%	12%	16%	33%	35%

2) Expectativas relativas à dimensão “Fiabilidade”

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo	Total
Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no	0	0	0	3	7	45	89	144
Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucioná-lo	0	0	0	3	10	35	98	146
Realizam bem o serviço à primeira vez	0	1	0	3	4	45	93	146
Concluem o serviço no tempo prometido	0	1	1	2	5	43	92	144
Insistem em manter registos isentos de erros	1	0	1	6	11	49	76	144

	Fortemente em desacordo	2	3	4	5	6	Fortemente em acordo
Quando prometem fazer algo em certo tempo, fazem-no	0%	0%	0%	2%	5%	31%	62%
Quando você tem um problema, mostram um interesse sincero em solucioná-lo	0%	0%	0%	2%	7%	24%	67%
Realizam bem o serviço à primeira vez	0%	1%	0%	2%	3%	31%	64%
Concluem o serviço no tempo prometido	0%	1%	1%	1%	3%	30%	64%
Insistem em manter registos isentos de erros	1%	0%	1%	4%	8%	34%	53%

3) Expectativas relativas à dimensão “Capacidade de Resposta”

	Forte ment e em desac ordo	2	3	4	5	6	Forte ment e em acord o	Total
Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço	0	0	0	3	15	50	78	146
Os funcionários servem-no com rapidez	0	0	1	1	12	51	80	145
Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar	0	0	1	2	11	43	88	145
Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas	1	0	1	2	8	58	74	144

	Forte mente em desac ordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acord o
Os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço	0%	0%	0%	2%	10%	34%	53%
Os funcionários servem-no com rapidez	0%	0%	1%	1%	8%	35%	55%
Os funcionários mostram-se sempre dispostos a ajudar	0%	0%	1%	1%	8%	30%	61%
Os funcionários nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas	1%	0%	1%	1%	6%	40%	51%

4) Expectativas relativa à dimensão “Segurança”

	Forte ment e em desac ordo	2	3	4	5	6	Forte ment e em acord o	Total
O comportamento dos funcionários transmite confiança	0	0	0	4	7	47	88	146
Sente-se seguro nas suas interações com a organização	0	0	1	1	7	42	94	145
Os funcionários são sempre amáveis consigo	0	0	0	0	12	46	89	147
Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz	0	0	0	3	10	47	87	147

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

	Forte mente em desac ordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acord o
O comportamento dos funcionários transmite confiança	0%	0%	0%	3%	5%	32%	60%
Sente-se seguro nas suas interações com a organização	0%	0%	1%	1%	5%	29%	65%
Os funcionários são sempre amáveis consigo	0%	0%	0%	0%	8%	31%	61%
Os funcionários têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas que lhes faz	0%	0%	0%	2%	7%	32%	59%

5) Expectativas relativa à dimensão “Empatia”

	Forte mente em desac ordo	2	3	4	5	6	Forte mente em acord o	Total
Dão-lhe uma atenção individualizada	0	0	2	3	13	49	79	146
Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes	0	1	0	3	4	41	98	147
Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada	0	0	0	4	11	53	78	146
Preocupam-se com os seus melhores interesses	0	0	1	1	10	54	81	147
Os funcionários compreendem as suas necessidades	0	0	0	0	10	48	89	147

	Forte mente em desaco rdo	2	3	4	5	6	Forte mente em acordo
Dão-lhe uma atenção individualizada	0%	0%	1%	2%	9%	34%	54%
Têm horários de trabalho convenientes para todos os seus clientes	0%	1%	0%	2%	3%	28%	67%
Os funcionários dão-lhe uma atenção personalizada	0%	0%	0%	3%	8%	36%	53%
Preocupam-se com os seus melhores interesses	0%	0%	1%	1%	7%	37%	55%
Os funcionários compreendem as suas necessidades	0%	0%	0%	0%	7%	33%	61%

ANEXOS V- ANÁLISE DA QUALIDADE PERCEBIDA DO SERVIÇO

1) Teste t para os valores médios dos Gap's nas cinco dimensões.

Objetivo do Teste t: para determinar se o valor médio do GAP entre as percepções e as expectativas nas cinco dimensões é idêntico.

Pressupostos do teste: Como cada um dos Gap's em análise tem mais de 30 elementos, os Gap's das diversas dimensões seguem distribuição aproximadamente normal (com base no teorema do limite central).

Hipóteses:

H0: O valor médio dos GAP's entre as percepções e as expectativas das dimensões *i* é igual.

H1: O valor médio dos GAP's entre as percepções e as expectativas das dimensões *i* é diferente.

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como as percepções são diferentes das expectativas (em média.), nas várias dimensões da qualidade de serviço ($pvalue = 0,001 < 0,05$)

Tabela - Gap entre percepção e expectativas na avaliação da satisfação por dimensão

	Média gap	Desvio Padrão	Erro Padrão Média	IC95%		Estatística de teste t	Graus de liberdade	pvalue
Elementos tangíveis (percepção) - Elementos tangíveis (expectativa)	-0,345	0,695	0,056	-0,457	-0,234	-6,127	151	<0,001
Fiabilidade (percepção) - Fiabilidade (expectativa)	-0,709	0,888	0,073	-0,853	-0,565	-9,713	147	<0,001
Capacidade de resposta (percepção) - Capacidade de resposta (expectativa)	-0,782	0,899	0,074	-0,928	-0,636	-10,588	147	<0,001
Segurança (percepção) - Segurança (expectativa)	-0,566	0,752	0,062	-0,689	-0,444	-9,159	147	<0,001
Empatia (percepção) - Empatia (expectativa)	-0,719	0,828	0,067	-0,853	-0,586	-10,661	148	<0,001

ANEXOS VI- ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR GÊNERO

- 1) Teste de Levene para testar a homogeneidade de variâncias entre homens e mulheres).

Objetivo do Teste de Levene: testar a igualdade das variâncias entre homens e mulheres para o valor médio do GAP nas cinco dimensões.

Pressupostos do teste: Como cada um dos Gap's em análise tem mais de 30 elementos ($n=161$), os Gap's das diversas dimensões seguem distribuição aproximadamente normal (com base no teorema do limite central).

Hipóteses:

H₀: Há igualdade de variâncias no grupo dos homens e no grupo das mulheres para o valor médio do GAP na dimensão i .

H₁: Não há igualdade de variâncias no grupo dos homens e no grupo das mulheres para o valor médio do GAP na dimensão i .

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística da igualdade de variância (em média) nos dois grupos populacionais para o valor médio do GAP na dimensão i , pois os valores do *sig* são maiores que 0,05.

- 2) **Teste t para os valores médios dos Gap's das cinco dimensões entre homens e mulheres.**

Objetivo do Teste T: para testar a igualdade das médias dos GAP's nos grupos populacionais dos homens e mulheres

Pressupostos do teste: Como cada um dos Gap's em análise tem mais de 30 elementos ($n=161$), os Gap's das diversas dimensões seguem distribuição aproximadamente normal (com base no teorema do limite central).

Hipóteses:

H0: O valor médio do GAP entre as perceções e as expectativas na dimensão i é igual entre homens e mulheres.

H1: O valor médio dos GAP entre as perceções e as expectativas na dimensão i é diferente entre homens e mulheres.

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como o valor do GAP é diferente entre homens e mulheres (em média), na dimensão da qualidade de serviço associada aos elementos tangíveis, pois $sig (2- tailed) = 0,024 < 0,05$.

Tabela - Gap entre percepção e expectativas em cada dimensão, na avaliação da satisfação por Sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão Média
Elementos tangíveis (gap)	Feminino	93	-0,446	0,692	0,072
	Masculino	59	-0,186	0,675	0,088
Fiabilidade (gap)	Feminino	90	-0,719	0,9516	0,100
	Masculino	58	-0,694	0,788	0,103
Capacidade de resposta (gap)	Feminino	90	-0,769	0,942	0,099
	Masculino	58	-0,802	0,835	0,110
Segurança (gap)	Feminino	90	-0,573	0,701	0,074
	Masculino	58	-0,556	0,833	0,109
Empatia (gap)	Feminino	91	-0,752	0,886	0,093
	Masculino	58	-0,669	0,719	0,094

Tabela - Comparação estatística do Gap em função da Regularidade do Sexo

		Teste de Levene para igualdade de variância		Teste t para igualdade das médias			Diferença Média	EP Média	IC 95% para a diferença	
		F	p-value	t	GL	p-value				
Elementos tangíveis (gap)	Igualdade de variância assumida	1,83	0,18	-2,28	150	0,024	-0,260	0,114	-0,485	-0,034
	Igualdade de variância não assumida			-2,29	126	0,024	-0,260	0,113	-0,484	-0,035
Fiabilidade (gap)	Igualdade de variância assumida	0,52	0,47	-0,17	146	0,868	-0,025	0,150	-0,321	0,272
	Igualdade de variância não assumida			-0,17	137	0,863	-0,025	0,144	-0,310	0,260
Capacidade de resposta (gap)	Igualdade de variância assumida	0,58	0,45	0,21	146	0,832	0,032	0,152	-0,268	0,332
	Igualdade de variância não assumida			0,22	132	0,828	0,032	0,148	-0,260	0,325

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

Segurança (gap)	Igualdade de variância assumida	1,33	0,25	-0,14	146	0,893	-0,017	0,127	-0,268	0,234
	Igualdade de variância não assumida			-0,13	107	0,897	-0,017	0,132	-0,279	0,244
Empatia (gap)	Igualdade de variância assumida	1,25	0,27	-0,60	147	0,552	-0,083	0,139	-0,357	0,191
	Igualdade de variância não assumida			-0,62	139	0,534	-0,083	0,132	-0,345	0,179

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

Uma vez que apenas 6% dos inquiridos (para um total de n=161) pertenciam à classe etária dos menores de 26 anos, optou-se por não considerar esse grupo na análise estatística.

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

Objetivo do Teste T: testar se a distribuição do valor do médio do GAP na dimensão i é idêntico nos grupos populacionais dos utentes com idades compreendidas entre os 26-35, 36-45,46-55, 56-65 e mais de 65 anos.

Hipóteses:

H0: A distribuição do valor médio do GAP na dimensão i é a mesma nos grupos populacionais dos utentes com idades compreendidas entre os 26-35 anos, 36-45 anos, 46-55 anos, 56-65anos e mais de 65 anos.

H1: A distribuição do valor médio do GAP na dimensão i é diferente em pelo menos um destes grupos populacionais (utentes com idades compreendidas entre os 26-35 anos, 36-45 anos,46-55 anos, 56-65 anos e mais de 65 anos).

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como o valor médio do GAP na dimensão fiabilidade é diferente para os diferentes grupos em estudo, pois valor de $Sig = 0.029 < 5\%$.

Tabela - Gap entre percepção e expectativas na avaliação da satisfação por Classes Etárias

	Grupo etário	N	Mean Rank
Elementos tangíveis (gap)	26-35 anos	14	60,18
	36-45 anos	32	67,38
	46-55 anos	31	74,21
	56-65 anos	29	76,28
	>65 anos	38	77,08
Fiabilidade (gap)	26-35 anos	14	56,64
	36-45 anos	31	61,11
	46-55 anos	30	62,17
	56-65 anos	28	75,93

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

	>65 anos	37	86,26
Capacidade de resposta (gap)	26-35 anos	14	58,89
	36-45 anos	31	63,73
	46-55 anos	30	70,65
	56-65 anos	28	76,29
	>65 anos	37	76,07
Segurança (gap)	26-35 anos	14	59,64
	36-45 anos	31	59,95
	46-55 anos	30	69,97
	56-65 anos	28	73,80
	>65 anos	37	81,38
Empatia (gap)	26-35 anos	14	61,82
	36-45 anos	31	56,02
	46-55 anos	30	74,25
	56-65 anos	28	76,79
	>65 anos	37	78,12

Tabela - Comparação estatística do Gap em função das Classes Etárias

	Elementos tangíveis (gap)	Fiabilidade (gap)	Capacidade de resposta (gap)	Segurança (gap)	Empatia (gap)
Chi-Square	2,546	10,801	3,342	6,112	6,936
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	0,636	0,029	0,502	0,191	0,139

1) Teste LSD de comparações múltiplas.

Objetivo do Teste T: realiza comparações múltiplas entre os grupos formados pelas classes etárias dos indivíduos entre os 26-35anos, 36-45 anos, 46-55 anos, 56-65 anos e mais de 65 anos, dois a dois.

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como o valor médio do GAP na dimensão fiabilidade é

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

diferente entre indivíduos que têm entre 26-35 anos e os restantes grupos etários, pois os valores de $Sig < 5\%$. E também é diferente entre os indivíduos que têm 56-65 anos e os que têm mais de 65 anos ($Sig = 0.041 < 5\%$)

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Rank of gap_fiabilidade by grupo_etario						
LSD						
(I) Grupo etário	(J) Grupo etário	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
26-35 anos	36-45 anos	-8,500000*	2,798765	0,003	-14,03263	-2,96737
	46-55 anos	-8,000000*	2,81324	0,005	-13,56124	-2,43876
	56-65 anos	-7,000000*	2,845029	0,015	-12,62408	-1,37592
	>65 anos	-11,500000*	2,727252	0,000	-16,89126	-6,10874
36-45 anos	26-35 anos	8,500000*	2,798765	0,003	2,96737	14,03263
	46-55 anos	0,5	2,226017	0,823	-3,90042	4,90042
	56-65 anos	1,5	2,266059	0,509	-2,97957	5,97957
	>65 anos	-3	2,116303	0,159	-7,18353	1,18353
46-55 anos	26-35 anos	8,000000*	2,81324	0,005	2,43876	13,56124
	36-45 anos	-0,5	2,226017	0,823	-4,90042	3,90042
	56-65 anos	1	2,283912	0,662	-3,51486	5,51486
	>65 anos	-3,5	2,135409	0,103	-7,7213	0,7213
56-65 anos	26-35 anos	7,000000*	2,845029	0,015	1,37592	12,62408
	36-45 anos	-1,5	2,266059	0,509	-5,97957	2,97957
	46-55 anos	-1	2,283912	0,662	-5,51486	3,51486
	>65 anos	-4,500000*	2,177118	0,041	-8,80375	-0,19625
>65 anos	26-35 anos	11,500000*	2,727252	0,000	6,10874	16,89126
	36-45 anos	3	2,116303	0,159	-1,18353	7,18353
	46-55 anos	3,5	2,135409	0,103	-0,7213	7,7213
	56-65 anos	4,500000*	2,177118	0,041	0,19625	8,80375

ANEXOS VIII- ANÁLISE DA DISCREPÂNCIA ENTRE AS PERCEÇÕES E AS EXPECTATIVAS DOS GAP'S DAS DIMENSÕES POR FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Uma vez que apenas 3,7% dos inquiridos (para um total de n=161) ou 6 utentes referiram que “raramente” frequentavam a organização de saúde, optou-se por não considerar esse grupo na análise estatística.

- 1) Teste Kruskal- wallis para os grupos populacionais formados pela frequência de utilização dos serviços.

Objetivo do Teste T: testar se a distribuição do valor do médio do GAP nas dimensões *i* é idêntico nos grupos populacionais dos utentes que frequentam os serviços às vezes, regularmente e muito frequentemente.

Hipóteses:

H0: A distribuição do valor médio do GAP na dimensão *i* é a mesma nos grupos populacionais dos utentes que frequentam os serviços às vezes, regularmente e muito frequentemente.

H1: A distribuição do valor médio do GAP na dimensão *i* é diferente em pelo menos um destes grupos populacionais (dos utentes que frequentam os serviços às vezes, regularmente e muito frequentemente).

Decisão: com base nesta amostra e num nível de significância de 5% podemos concluir que existe evidência estatística em como o valor médio do GAP nas cinco dimensões é idêntico para os diferentes grupos em estudo. (Todos os valores de sig > 5%)

Tabela - Gap entre percepção e expectativas na avaliação da satisfação por Regularidade de utilização dos serviços

	Com que frequência utiliza os serviços desta organização?	N	Mean Rank
Elementos tangíveis (gap)	Às vezes	33	86,12
	Regularmente	83	70,78
	Muito frequentemente	30	67,13
Fiabilidade (gap)	Às vezes	32	71,81
	Regularmente	81	69,59
	Muito frequentemente	29	76,48

Avaliação da Qualidade de Serviço numa Organização de Saúde Privada

Capacidade de resposta (gap)	Às vezes	32	63,64
	Regularmente	81	74,43
	Muito frequentemente	29	71,98
Segurança (gap)	Às vezes	32	68,69
	Regularmente	81	71,94
	Muito frequentemente	29	73,36
Empatia (gap)	Às vezes	32	70,72
	Regularmente	82	73,38
	Muito frequentemente	29	69,52

Tabela - Comparação estatística do Gap em função da Regularidade de utilização dos serviços

	Elementos tangíveis (gap)	Fiabilidade (gap)	Capacidade de resposta (gap)	Segurança (gap)	Empatia (gap)
Chi-Square	4,108	0,61	1,611	0,225	0,23
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	0,128	0,737	0,447	0,894	0,892