

2021

**LILIANA ISABEL DE
CASTRO BORRALHO**

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

2021

**LILIANA ISABEL DE
CASTRO BORRALHO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIADE DE UM
SERVIÇO DE SAÚDE NUMA
ORGANIZAÇÃO PRIVADA EM LISBOA**

Projeto apresentado à Faculdade de Ciências Empresariais e Sociais da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão e Estratégia Empresarial realizada sob a orientação científica do Doutor António Ramos Pires.

Dedico este trabalho à minha família em especial ao meu marido Luís e filha Leonor por todo o apoio e paciência nesta etapa do meu percurso académico.

agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor António Ramos Pires pelo estímulo e dedicação com que acompanhou a realização deste trabalho.

palavras-chave

Serviços; Saúde; SERVQUAL; Qualidade.

resumo

A assistência médica contemporânea enfrenta desafios variados, complexos e exigentes, sendo o construto da qualidade um dos principais. Considerando que a qualidade é um construto diretamente associado ao sucesso do produto, serviço e/ou organização que o caracteriza positivamente (Grönroos, 2000), a sua análise no contexto competitivo atual é essencial.

O principal objetivo deste projeto realizado no âmbito do trabalho final de mestrado foi a análise da qualidade dos serviços prestados numa instituição privada de saúde.

O objetivo geral do estudo procura aferir a qualidade percebida do serviço de atendimento permanente / de urgências de uma organização de saúde privada portuguesa,

Neste sentido, foi utilizado o modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) que enquadra as dimensões de saúde a considerar, na perspetiva do cliente, enquanto utilizador do serviço prestado.

A metodologia adotada nesta investigação, com vista a atingir o objetivo estabelecido, situa-se no paradigma quantitativo, tendo sido utilizado o questionário como método de recolha de dados.

O presente estudo permitiu aferir a qualidade percebida do serviço de atendimento permanente / de urgências de uma organização de saúde privada portuguesa tendo ainda contribuído para uma revisão da literatura pertinente sobre a temática da qualidade em saúde. Quanto à qualidade esperada e percebida confirma-se que existem diferenças entre a qualidade de serviço esperada pelos seus utilizadores, em cada dimensão, e a qualidade percebida que identificam como caracterizadora da efetividade do mesmo.

Keywords

Services; Health; SERVQUAL; Quality.

abstract

Contemporary medical care faces varied, complex and demanding challenges, with the construct of quality being one of the main ones. Considering that quality is a construct directly associated with the success of the product, service and/or organization that it characterizes positively (Grönroos, 2000), its analysis in the current competitive context is essential.

The main objective of this project carried out in the scope of the master's final work was the analysis of the quality of services provided in a private health institution.

The general objective of the study seeks to assess the perceived quality of the permanent/emergency care service of a Portuguese private health organization,

In this sense, the SERVQUAL model (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) was used, which frames the dimensions of health to be considered, from the perspective of the client, as a user of the service provided.

The methodology adopted in this investigation, with a view to reaching the established objective, is situated in the quantitative paradigm, having been used the questionnaire as a data collection method.

This study allowed the assessment of the perceived quality of the permanent/emergency care service of a Portuguese private health organization, and it also contributed to a review of the relevant literature on the topic of quality in health. As for the expected and perceived quality, it is confirmed that there are differences between the quality of service expected by its users, in each dimension, and the perceived quality that they identify as characterizing its effectiveness.

ÍNDICE

1. Introdução.....	8
1.1. Justificativa da investigação.....	8
1.2. Objetivos	8
1.3. Estrutura do trabalho.....	9
2. Revisão de literatura	9
2.1. Conceito de serviço de saúde	9
2.2. Qualidade em saúde.....	10
2.3. Avaliação da qualidade em saúde.....	11
2.3.1. Qualidade efetiva vs. qualidade percebida	12
2.3.2. Modelos da qualidade de serviço percebida em saúde	13
3. Metodologia.....	17
3.1. Tipo de estudo	17
3.2. Hipóteses de investigação	18
3.3. Recolha de dados	18
3.4. População e amostra	19
3.5. Análise de dados.....	21
4. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	22
4.1. Modelo explicativo de síntese e identificação das variáveis.....	22
4.2. Resultados	22
4.2.1. Qualidade esperada.....	22
4.2.2. Qualidade percebida	25
4.2.3. Qualidade esperada vs. qualidade percebida	27
4.5. Discussão dos resultados.....	32

5. Conclusões.....	33
6. Referências bibliográficas	36
7. Apêndices	39
Apêndice A - Consentimento informado.....	39
Apêndice B – Instrumento	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo SERVQUAL da Qualidade dos Serviços.	16
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos modelos da qualidade de serviço percebida em saúde.	15
Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo.....	20
Tabela 3 – Distribuição da amostra por idade.....	20
Tabela 4 – Distribuição da amostra por habilitações literárias.	20
Tabela 5 – Distribuição da amostra por nº de vezes que recorreu à organização de saúde sobre a qual está a responder ao questionário.	21
Tabela 6 – Distribuição da amostra por triagem da última ocorrência.....	21
Tabela 7 – Qualidade esperada, por dimensão.....	22
Tabela 8 – Qualidade esperada quanto aos elementos tangíveis.....	23
Tabela 9 – Qualidade esperada quanto à fiabilidade.	23
Tabela 10 – Qualidade esperada quanto à segurança.	24
Tabela 11 – Qualidade esperada quanto à empatia.	24
Tabela 12 – Qualidade esperada quanto à capacidade de resposta.	25

Tabela 13 – Qualidade percebida, por dimensão.	25
Tabela 14 – Qualidade percebida quanto aos elementos tangíveis.	25
Tabela 15 – Qualidade percebida quanto à fiabilidade.....	26
Tabela 16 – Qualidade percebida quanto à segurança.....	26
Tabela 17 – Qualidade percebida quanto à empatia.	27
Tabela 18 – Qualidade percebida quanto à capacidade de resposta.....	27
Tabela 19 – Teste t amostras emparelhadas para cada dimensão da qualidade.	28
Tabela 20 - Análise correlacional da qualidade esperada e da qualidade percebida quanto ao género, idade, nível de escolaridade, nº de vezes que recorreu à organização de saúde anteriormente e triagem na última ocorrência.....	29
Tabela 21 – Qualidade esperada face à idade.	29
Tabela 22 - Análise correlacional das dimensões da qualidade esperada e da qualidade percebida quanto ao género, idade, nível de escolaridade, nº de vezes que recorreu à organização de saúde anteriormente e triagem na última ocorrência.....	30
Tabela 23 – Qualidade esperada, no âmbito das dimensões segurança, empatia e capacidade de resposta, face à idade.	31
Tabela 24 - Qualidade esperada, no âmbito da empatia, face ao nível de escolaridade..	31
Tabela 25 - Qualidade percebida, no âmbito dos elementos tangíveis, face ao nº de vezes que os participantes recorreram anteriormente à organização de saúde.	31
Tabela 26 – Qualidade esperada, no âmbito da empatia e capacidade de resposta, face à triagem na última ocorrência.....	32

1. Introdução

1.1. Justificativa da investigação

Atualmente, a investigação no âmbito dos serviços de saúde foca a qualidade como: a relação entre as necessidades e o serviço prestado; os processos e estruturas envolvidos na prestação e suas características (eficácia, eficiência, entre outras); e a adequação e eficácia das intervenções de saúde prestadas quanto a aspetos fundamentais (resultados de saúde, custos, satisfação do cliente, entre outros) (Bowling, 2014).

Não obstante, planear, prestar e analisar os serviços prestados apresenta dificuldades, quer conceituais, quer de implementação, em que é fundamental investir para prosperar (Trochim & Kane, 2005).

Neste sentido, a assistência médica contemporânea enfrenta desafios variados, complexos e exigentes, sendo o construto da qualidade um dos principais. Considerando que a qualidade é um construto diretamente associado ao sucesso do produto, serviço e/ou organização que caracteriza positivamente (Grönroos, 2000), a sua análise no contexto competitivo atual é de marcada importância.

1.2. Objetivos

O principal objetivo da presente investigação visa a aferição da qualidade percebida do serviço de atendimento permanente / de urgências de uma organização de saúde privada portuguesa. O modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) enquadra as dimensões de saúde a considerar, na perspetiva do cliente, enquanto utilizador do serviço prestado.

Especificamente, pretende-se:

(1) Rever a literatura pertinente sobre a temática da qualidade em saúde, sistematizando informação relevante para considerar no âmbito da sua concetualização, aferição e análise;

(2) Nomear e descrever os modelos teóricos e teórico-práticos existentes no âmbito da temática da qualidade em saúde, dando principal enfoque ao usado neste trabalho, nomeadamente o modelo SERVQUAL;

(3) Identificar as expetativas dos utilizadores do serviço quanto à sua qualidade, nomeadamente quanto às consideradas mais e menos fundamentais;

(4) Identificar a percepção dos utilizadores do serviço quanto à sua qualidade de prestação efetiva;

(5) Determinar as diferenças entre a qualidade de serviço esperada pelos seus utilizadores, em cada dimensão, e a qualidade percebida que identificam como caracterizadora da efetividade do mesmo;

(5.1.) Analisar as diferenças estatísticas quanto ao género, faixas etárias, nível de escolaridade, frequência de utilização do serviço da organização de saúde em estudo e tipo de ocorrências (triagem), discutindo a sua significância de forma sustentada pela literatura.

1.3. Estrutura do trabalho

O trabalho encontra-se estruturado pela introdução, relativa à exposição breve dos aspetos relevantes de conceção do trabalho; a revisão de literatura sistematiza os conceitos que serão abordados, à luz dos contributos publicados ao longo do tempo e da sua pertinência; a metodologia descreve como o tema foi abordado e o estudo foi conduzido; a apresentação, análise e discussão dos resultados integra toda a informação analítica sobre os dados recolhidos e seu significado; finalmente, as conclusões resumem o contributo do trabalho para a literatura sobre o tema, refletindo nas limitações e futuras investigações a realizar no seu âmbito.

2. Revisão de literatura

2.1. Conceito de serviço de saúde

A saúde é um conceito marcadamente abrangente que integra o *continuum* de todos os estados de saúde e seus determinantes, intervenções e resultados. Em Portugal, desde 1979, existe uma rede de prestação de serviços globais de saúde que visa, de forma equitativa, universal e tendencialmente gratuita, atuar preventiva e ativamente para o bem-estar, ao nível da saúde, dos portugueses.

Ademais, a Lei de Bases da Saúde postulou, em 1990, que, “pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada, não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados” (Direção Geral de Saúde, 2016). Neste sentido, a prestação privada de cuidados de saúde é também uma forma reconhecida e válida de prestar à população serviços de saúde que sirvam as suas necessidades. De facto, a referida lei aborda o conceito de sistema de saúde

como integrante de estruturas públicas, privadas e demais profissionais. A Entidade Reguladora da Saúde emerge neste âmbito com o papel de monitorização e atuação sobre todos os prestadores de cuidados de saúde, independentemente do seu regime (Barros et al, 2011).

À parte o estatuto do prestador, o conceito de serviço de saúde engloba uma relação interdependente estreita entre a objetiva prestação de cuidados proporcionada e as necessidades de saúde da população, desde a identificação das suas necessidades, à eficácia e eficiência da prestação.

Os serviços encerram características particulares e fundamentais, nomeadamente, a sua intangibilidade, heterogeneidade e a simultaneidade entre produção e consumo (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991). Decorrente destas características, os serviços materializam-se nas interações entre prestador e cliente (Grönroos, 2004), sendo a sua satisfação a derradeira evidência da qualidade (Rocha & Trevizan, 2009).

2.2. Qualidade em saúde

A qualidade é comumente definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou bem que determinam a sua aptidão para satisfazer as necessidades e expectativas da sociedade” (Decreto-Lei nº 134, p. 3615).

A evolução do construto da qualidade é marcadamente desenvolvimental. De facto, segundo Pires (2004), o mesmo desenvolveu-se da necessidade de inspeção, passando posteriormente para a de controlo, de seguida à garantia, à gestão da mesma e finalmente ao que agora chamamos de qualidade total. Assim, a inspeção da qualidade refere-se estritamente às atividades de aferição e comparação. O controlo da qualidade passa mais tarde a centrar-se no conceito da necessidade de supervisão e monitorização de falhas e desvios dos parâmetros estabelecidos como desejáveis. Posteriormente, a garantia da qualidade integra atividades que visam assegurar aos clientes que os padrões desejáveis são alcançados. A gestão da qualidade, tendo uma expressão claramente mais ampla que as anteriores, encerra uma abordagem global do produto, serviço e/ou empresa e sua qualidade desejável, assegurada e decorrentes ajustes contínuos. Finalmente, a qualidade total refere-se à globalidade que os clientes experienciam no seu papel de recetores e é concebida como a valorização e satisfação que os mesmos evidenciam (abrange todas as atividades da organização).

Atualmente, o setor dos serviços, e em particular da assistência médica, está a passar por uma fase de transições significativas, dada a crescente onda de inovação e decorrente competitividade que temos vindo a experienciar ao longo dos anos. Por estas razões, a qualidade é percebida cada vez mais como um aspeto fundamental à retenção dos clientes e sucesso empresarial.

Grönroos (1984) e Lam (1997) começaram por definir a qualidade em saúde como decorrente de aspetos técnicos e funcionais. Assim, a qualidade técnica configura-se pela eficácia dos procedimentos médicos realizados face ao padronizado desejável. Integra, portanto, elementos desde o diagnóstico ao tratamento, quanto à acurácia com que devem ser realizados. Já a qualidade funcional refere-se à forma pela qual os referidos serviços são prestados ao cliente, isto é, como são operacionalizados na entrega aos mesmos.

O Instituto de Medicina conceitua a qualidade em saúde como um termo abrangente e intrínseco aos cuidados de saúde, associando-o ao nível ótimo de prestação, isto é, que é prestado e reconhecido como dentro do desejável e de forma alinhada com as diretrizes nacionais e internacionais emitidas para o conhecimento e prática profissional (Instituto de Medicina, 2000). Já a Organização Mundial de Saúde completa esta definição com a integração da importância da eficiência na utilização dos recursos, da minimização dos riscos e da otimização dos ganhos para os clientes (Organização Mundial de Saúde, 2006).

Mais tarde, a Direção Geral de Saúde publicou uma definição que sublinha “qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Direção Geral de Saúde, 2011, p. 2). Esta conceitualização permanece atual até aos dias de hoje, sendo que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017) defende a sua aplicação prática como sinónimo de maior segurança e prestação de cuidados otimizados.

É do trabalho teórico e prático continuo no âmbito da qualidade em saúde que emergem procedimentos e regulamentações que potenciam, não só a segurança, mas também a excelência do trabalho realizado na área médica (Trochim & Kane, 2005). Ademais, a evolução evidenciada varia consoante o momento socioeconómico vivido, sendo disso exemplo a consolidação da eficiência e equidade como aspetos que se tornaram, por força dos cidadãos, basilares à qualidade em saúde (França, 2008).

2.3. Avaliação da qualidade em saúde

A avaliação da qualidade em saúde é uma problemática que emergiu recentemente e cujo âmbito e operacionalização é, ainda, bastante plural e, por vezes, pouco consensual. Tal está associado ao número de intervenientes que engloba (clientes, organizações, profissionais, gestores, entre outros *stakeholders*), assim como à heterogeneidade de cuidados prestados e prestadores.

Assim, nas últimas décadas, vários autores se têm debruçado sobre a temática, identificando diferentes aspetos-chave à avaliação da qualidade em saúde. Parasuraman et al (1988) apontam cinco dimensões, nomeadamente: aspetos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Donabedian (1990) estrutura sete pilares, nomeadamente a *eficácia*, como a habilidade para oferecer melhores resultados, sob as mais favoráveis condições possíveis, a *efetividade*, como a relação entre a melhoria oferecida e o melhor cuidado possível, a *eficiência*, como a relação ótima de custo-benefício sem diminuir a qualidade, a *otimização*, como o ponto de equilíbrio custo-benefício, a *aceitabilidade*, como a adequação dos serviços prestados às expectativas, a *legitimidade*, como o aspeto de consideração social e cultural individualizado, e a *equidade*, como a distribuição considerada justa dos cuidados à população. Silva et al (2004) apontam a qualidade científica e técnica, a acessibilidade, a satisfação das expectativas do cliente, a efetividade e a eficiência e a apropriação. Outros autores, como Fragata (2006), optam por uma abordagem multinível, referindo as perspetivas que deve integrar para se revelar adequada, nomeadamente a do utilizador, do prestador, da entidade gestora, das organizações reguladoras e da sociedade como um todo.

O elevado número de perspetivas sobre a avaliação da qualidade em saúde permite concluir que este construto não se reduz às dimensões da qualidade do serviço, mas antes exige uma integração que considere a sua interdependência na resposta às expectativas e necessidades dos clientes que beneficiam dos cuidados prestados (Serapioni, 2009). Assim, ressalta-se indiscutivelmente a pertinência de considerar a avaliação da qualidade como um elemento que varia entre as expectativas e a perceção da sua satisfação por parte dos seus utilizadores.

2.3.1. Qualidade efetiva vs. qualidade percebida

A qualidade efetiva prende-se com a comparação estruturada entre os parâmetros estabelecidos como desejáveis e os evidentes na prática. Assim, foca uma vertente analítica da prestação, enquanto réplica mais ou menos perfeita do idealizado, sem consideração da

interação individualizada e marcadamente humana do serviço, enquanto transação orgânica entre prestador, cliente, ambiente e suas particularidades.

A qualidade percebida é resultado da interpretação e avaliação pelo indivíduo do produto, serviço e ou organização, sendo marcadamente subjetiva e, portanto, dependente das suas expectativas, dos fatores que o mesmo considera importantes e da sua experiência específica. As expectativas do indivíduo, a priorização das características e sua consideração e a própria situação particular variam, por exemplo, de acordo com as suas necessidades, experiências passadas, desejos, limitações, entre outros (Batista, 2010).

Segundo Kalaja et al (2016), as percepções dos clientes, enquanto consumidores, são o principal indicador da qualidade do serviço de saúde prestado. Neste sentido, já Fragata havia apontado que a qualidade em saúde decorre da consideração de “aspectos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente” (2006, p. 25). Assim, importa considerar que o conhecimento sobre as percepções dos clientes é o elemento-chave para que as suas expectativas sejam satisfeitas.

2.3.2. Modelos da qualidade de serviço percebida em saúde

Os desenvolvimentos teóricos no âmbito da avaliação da qualidade em saúde foram acompanhados por estruturações que modelam as relações entre os conceitos, a fim de que a análise empírica permita a mensuração efetiva.

O modelo da qualidade total percebida de Grönroos (1984) perspectiva a qualidade como produto da interação entre o serviço esperado, o serviço percebido e a imagem corporativa no âmbito de três dimensões: a qualidade técnica, a qualidade funcional e a imagem. Segundo este modelo, uma imagem positiva do prestador de serviços gera altas expectativas e, portanto, avaliações tendencialmente mais exigentes quanto à qualidade.

O modelo das 4Q de Gummesson (1987) evidencia quatro fontes da qualidade subjacentes à sua avaliação, nomeadamente a qualidade na conceção, a qualidade relacional, a qualidade na produção e na entrega, e a qualidade técnica. Também este autor implica, na sua concetualização, o papel da imagem como determinante da avaliação. Contudo, este atribui-lhe uma direção oposta à do anterior, referindo uma tendência para, face a uma imagem positiva, o cliente rejeitar falhas que lhe possam ser prejudiciais.

Mais tarde, ambos os autores uniram contributos e criaram, em 1987, o modelo de Grönroos-Gummesson, sendo este destinado à gestão organizacional da qualidade e fundamentando-se nas dimensões de qualidade (técnica e funcional), da concepção à entrega.

O modelo da qualidade de Cronin e Taylor (1992) enfatiza a qualidade como uma atitude dos clientes face às dimensões da qualidade, propondo uma avaliação decorrente unicamente da aferição da percepção do desempenho do serviço prestado. Neste sentido, os autores propuseram a escala SERVPERF que, baseando-se no trabalho de Parasuraman et al (1988, 1991), avalia a percepção do desempenho do serviço.

Brady e Cronin (2001) propuseram recentemente um novo modelo, que constrói sob perspetivas anteriores, situando a qualidade em torno de três dimensões e nove subdimensões. A qualidade da intenção desconstrói-se nas atitudes, comportamentos e na experiência. A qualidade do meio envolve desconstrói-se nas condições, desenho e fatores. O desempenho da qualidade desconstrói-se no tempo de espera, nos elementos tangíveis e na valência.

Em suma, existem vários modelos no âmbito da avaliação da qualidade em saúde, contudo, não é ainda consensual o papel da imagem corporativa neste âmbito, assim como não o é a recolha e análise de informação que apenas concerne um ponto de vista e, ainda, para o mais recente, se debate a necessidade de mais evidência empírica de suporte. Assim, objetivando-se uma perspetiva suportada e não redutora, o presente trabalho debruça-se sobre o modelo de Parasuraman et al (1988, 1991). Este modelo tem vindo a ser usado frequentemente em vários contextos distintos. Especificamente no âmbito dos cuidados de saúde, é mobilizado a fim de aferir a qualidade dos serviços prestados, assim como a satisfação dos clientes, constituindo-se como um meio valioso para recolha e análise de informação basilar a planos de melhoria continua. De facto, o seu valor no âmbito da aferição e melhoria da qualidade em saúde é amplamente consensual (Yin et al, 2016), o que justifica o recurso ao mesmo no presente trabalho.

Tabela 1 – Resumo dos modelos da qualidade de serviço percebida em saúde.

Modelo	Autor(es)	Características distintivas
Modelo da qualidade total percebida	Grönroos (1984)	■ Qualidade emerge da relação entre serviço esperado, serviço percebido e imagem corporativa ■ Qualidade como tridimensional: qualidade técnica, qualidade funcional e imagem
Modelo das 4Q	Gummesson (1987)	■ Quatro fontes da qualidade: qualidade na concepção, qualidade relacional, qualidade na produção e na entrega e qualidade técnica ■ A imagem assume um papel determinante na percepção de qualidade
Modelo de Grönroos-Gummesson	Grönroos & Gummesson (1987)	■ Foco na gestão organizacional da qualidade ■ Qualidade como bidimensional (técnica e funcional), da concepção à entrega
Modelo da qualidade	Cronin & Taylor (1992)	■ Qualidade como unidimensional: uma atitude dos clientes / a sua percepção do desempenho do serviço prestado
Modelo da qualidade	Brady e Cronin (2001)	■ Qualidade como tridimensional: qualidade da intenção, qualidade do meio e desempenho da qualidade

2.3.2.1. Modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988)

O modelo de Parasuraman et al. (1988) analisa cinco dimensões da qualidade, nomeadamente:

(1) *Aspetos tangíveis*, isto é, aqueles que, sendo físicos, se evidenciam na envolvente inerente à prestação de serviços, das instalações aos equipamentos;

(2) *Fiabilidade*, isto é, a característica associada à correta, íntegra e confiável prestação do serviço;

(3) *Capacidade de resposta*, isto é, a que traduz a rapidez, pontualidade e disponibilidade para e na prestação do serviço;

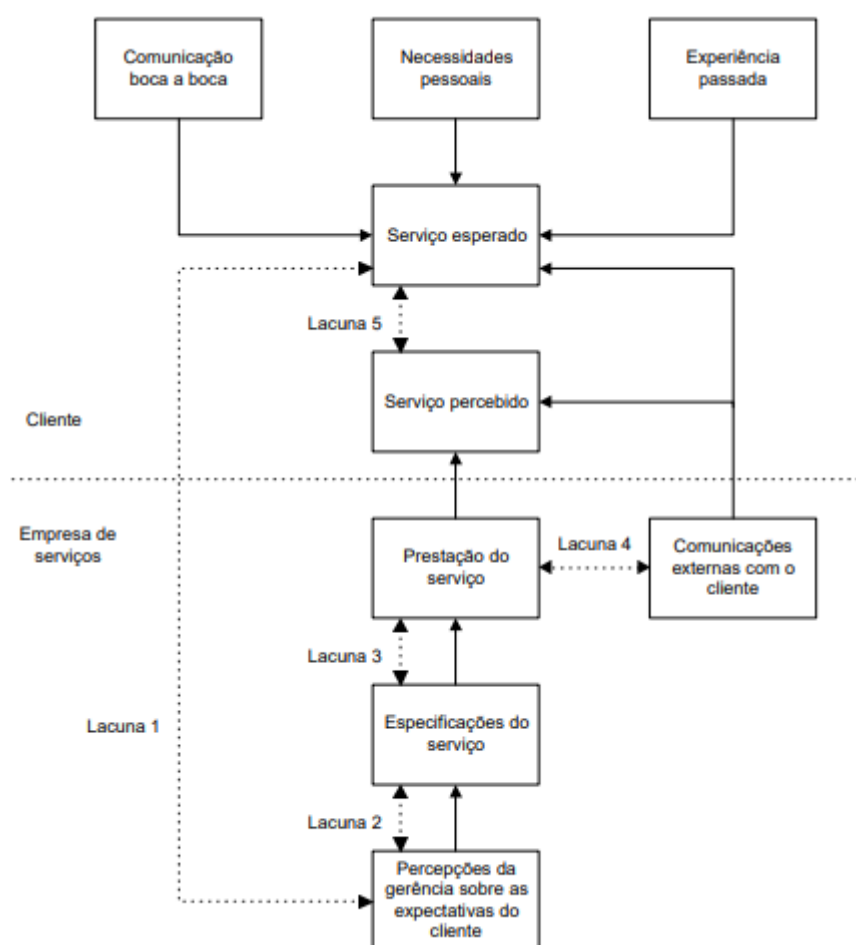
(4) *Segurança*, isto é, a natureza consistente, previsível e que minimiza os riscos da atuação na prestação do serviço;

(5) *Empatia*, isto é, enquanto dimensão que integra os aspetos relacionais de afabilidade e individualização na efetiva ação de prestação do serviço a um dado cliente.

A escala SERVQUAL analisa estas dimensões num conjunto de itens de autorresposta que são independentemente avaliados pelo cliente quanto às expetativas (qualidade esperada) e perceções (qualidade percebida). É da comparação entre ambas que emergem considerações de qualidade relevantes, como a

Figura 1 sistematiza.

Figura 1 - Modelo SERVQUAL da Qualidade dos Serviços.



Fonte: Parasuraman, et al (1985, p. 44).

As cinco lacunas evidentes na Figura acima ilustram, respetivamente:

- (1) Diferenças entre as expetativas do consumidor e da gestão;
- (2) Diferenças entre a perceção da organização e as especificações do serviço;
- (3) Diferenças entre as especificações do serviço e a prestação do serviço;
- (4) Diferenças entre a prestação do serviço e as comunicações externas aos consumidores;
- (5) Diferenças entre o serviço esperado e o serviço percebido (obtida em função das anteriores).

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo encerra uma abordagem quantitativa, assumindo as suas características basilares como fundamentais ao esclarecimento pretendido. Assim, objetiva-se testar hipóteses específicas e suportadas pela literatura num contexto particular, a recolha e análise de dados visa quantificar informação que permita validar ou invalidar as hipóteses e o investigador tem um papel objetivo durante todo o processo, da conceção à finalização (McCusker & Gunaydin, 2015).

Como Fortin (2009) aponta, os estudos quantitativos decorrem de um processo dedutivo que, pela análise de dados numéricos, caracteriza as variáveis e a sua relação no âmbito da amostra examinada, permitindo extrapolar considerações para a população respetiva. Para tal, o investigador recorre a uma série de etapas sequenciais ordenadas que visam assegurar a fiabilidade das conclusões obtidas. Em suma, “o método quantitativo coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos” (Fortin, 2009, p. 27).

A par da metodologia quantitativa, o estudo pode ainda ser caracterizado como descritivo, na medida em que estes “procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar” (Vilelas, 2009, p. 122). Assim, os dados serão detalhadamente abordados e

integrados, procedendo-se à exploração da informação sobre as variáveis e também das relações entre as mesmas, a fim de elucidar de forma enquadrada a temática em análise.

3.2. Hipóteses de investigação

As hipóteses de investigação integram o problema e objetivo da investigação e os resultados esperados da mesma, tendo por base a literatura. Assim, são fundamentais à construção de conhecimento, na medida em que balizam a confirmação ou rejeição empírica de uma postulação. Ademais, são marcadamente dedutivas, pois derivam de conhecimentos já construídos (Fortin, 2009; Vilelas, 2009).

Optou-se pelo estabelecimento de hipóteses não direcionais que não visam prever a relação entre variáveis, mas antes apontam a crença teórica e empiricamente suportada de que existem diferenças na qualidade esperada e percebida nos utilizadores de serviços de saúde. Assim, as mesmas consistem em:

(1) Existem diferenças entre a qualidade de serviço esperada pelos seus utilizadores, em cada dimensão, e a qualidade percebida que identificam como caracterizadora da efetividade do mesmo;

(1.1.) Essas diferenças variam, de forma estatisticamente significativa, face ao género, faixas etárias, nível de escolaridade, frequência de utilização do serviço da organização de saúde em estudo e tipo de ocorrências (triagem).

3.3. Recolha de dados

A etapa de recolha de dados caracteriza-se pela sua natureza processual, na medida em que ocorre mediante implementação faseada. Assim, neste caso, a recolha de dados teve início com a obtenção de consentimento informado (Apêndice A), a fim de garantir a voluntariedade da participação dos indivíduos. Esta obtenção tem também como base princípios éticos fundamentais, tendo em conta que “quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas – como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem – precisa de se ter muito cuidado para assegurar que seus direitos são protegidos” (Polit & Hunger, 1995, p. 292). Após este momento, os mesmos responderam ao questionário (Apêndice B). O questionário foi baseado na versão original de Parasuraman et al. (1988), tendo-se alterado a formulação dos itens para uma vertente apenas positiva, a fim de assegurar a sua correta compreensão e análise e adaptado o seu conteúdo à realidade do caso a analisar. Ademais, o

mesmo tem uma parte relativa a dados sociodemográficos, uma segunda relativa à avaliação das expectativas e uma terceira que remete para a percepção real dos participantes.

Importa referir que a referida recolha ocorreu após os indivíduos usufruírem dos serviços sob os quais iriam tecer considerações, sendo o momento propositadamente escolhido pela sua relevância. Assim, espera-se que a recência da experiência contribua para a fiabilidade da informação vinculada.

3.4. População e amostra

A população consiste num grupo mais ou menos alargado de pessoas que partilha um dado conjunto de características. Por sua vez, a amostra consiste num subconjunto de uma população, assumindo-se pela aleatoriedade com que é selecionada a partir da primeira e pela proporcionalidade envolvida, como representativa da população. Assim, o presente estudo tem como amostra um conjunto de indivíduos que, sendo aleatoriamente selecionados e participando voluntariamente na recolha de dados, partilham as seguintes características: são adultos (maiores de 18 anos) e utilizadores do serviço de atendimento permanente de um hospital privado da zona Centro do país.

Para cumprir tais requisitos, a recolha de dados foi realizada no referido hospital, no serviço de atendimento permanente, na valência de adultos, cujo horário de atendimento decorre diariamente entre as oito horas da manhã e a meia-noite. Os utilizadores seguem um circuito segregado, por oposição ao regular, quando existem suspeitas de estar positivo à COVID-19. O serviço, no global, é constituído em todos os momentos por dois médicos (medicina geral e familiar e internista), dois enfermeiros (um para o circuito regular e outro para o segregado) e um auxiliar de ação médica (que atua de forma comum aos dois circuitos).

Sendo este um estudo sobre a qualidade dos serviços em saúde, importa referir que o regulamento interno da instituição na qual foram recolhidos os dados caracteriza as Unidades de Saúde no âmbito das quais se insere como constituintes de “um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto assistencial na comunidade e pelo contributo relevante que têm dado à educação e investigação na saúde”. Ademais, quanto à qualidade assistencial, estas têm a sua atividade caracterizada pelos seguintes indicadores:

- (1) Índice de Mortalidade Ajustado pelo Risco (IMAR);
- (2) Índice de Complicações Cirúrgicas Ajustado pelo Risco (ICAR Cirúrgico);
- (3) Índice de Readmissões Ajustado pelo Risco (IRAR).

A amostra, tendo sido obtida por conveniência, incluiu 149 participantes, dos quais 101 do sexo feminino e 48 do sexo masculino (**Tabela 2**). A faixa etária mais representativa foi a dos 25 aos 45 anos, com um total de 63 participantes, seguindo-se a dos 45 aos 65, com 41, a dos 18 aos 25, com 24, e a de maiores de 65, com 21 (**Tabela 3**).

Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo.

		Frequência	Percentagem
Sexo	Feminino	101	67,8
	Masculino	48	32,2
	Total	149	100,0

Tabela 3 – Distribuição da amostra por idade.

		Frequência	Percentagem
Idade	18 a 25	24	16,1
	25 a 45	63	42,3
	45 a 65	41	27,5
	> 65	21	14,1
	Total	149	100,0

Relativamente às habilitações literárias, os participantes distribuíam-se de forma equilibrada pelos três níveis: ensino básico (46), ensino secundário (48) e ensino superior (55) (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição da amostra por habilitações literárias.

		Frequência	Percentagem
Habilitações Literárias	Ensino básico	46	30,9
	Ensino secundário	48	32,2
	Ensino superior	55	36,9
	Total	149	100,0

Quanto ao número de vezes que os participantes já tinham recorrido à organização de saúde em questão além da atual, as respostas variaram entre 0 e 6, sendo 1 a resposta mais frequente (47) e 6 a menos (3) (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por nº de vezes que recorreu à organização de saúde sobre a qual está a responder ao questionário.

		Frequência	Percentagem
Nº de vezes que recorreu à organização	0	22	14,8
	1	47	31,5
	2	32	21,5
	3	26	17,4
	4	13	8,7
	5	6	4,0
	6	3	2,0
Total		149	100,0

A triagem dos participantes na última ocorrência foi, na sua larga maioria, não grave (azul ou verde), não tendo existido nenhum de extrema gravidade (vermelho) (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Distribuição da amostra por triagem da última ocorrência.

		Frequência	Percentagem
Triagem na última ocorrência	Azul	6	4,0
	Verde	81	54,4
	Amarelo	48	32,2
	Laranja	14	9,4
	Total	149	100,0

3.5. Análise de dados

O tratamento e análise dos dados é uma etapa fundamental dos trabalhos de investigação, pois estão diretamente associadas à fiabilidade das conclusões obtidas. Assim, no presente estudo, recorreu-se a técnicas de análise estatística quer descritivas quer analíticas, operacionalizadas com recurso ao *software* Microsoft Excel e SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 24.

De facto, numa primeira fase, a fim de obter uma caracterização geral das variáveis, procedeu-se ao resumo da informação numérica por meio de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas) e medidas de dispersão ou variabilidade (desvios-padrão).

Numa segunda fase realizaram-se testes correlacionais, com o propósito de aferir a existência de eventuais relações entre as variáveis e suas relações. As significâncias estatísticas foram consideradas mediante intervalos de confiança de 95% ($p < 0,05$ – diferença estatística significativa) e 91% ($p < 0,01$ – diferença estatística bastante significativa).

4. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

4.1. Modelo explicativo de síntese e identificação das variáveis

Segundo Fortin (2009, p. 171), “as variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores”. Neste sentido, as variáveis a ser analisadas serão:

- (1) Qualidade esperada;
- (2) Qualidade percebida.

Em função do gênero, faixa etária, nível de escolaridade, frequência de utilização do serviço da organização de saúde em estudo e tipo de ocorrências (triagem).

4.2. Resultados

4.2.1. Qualidade esperada

Relativamente à qualidade esperada, os valores médios variaram entre 4,4215, para a fiabilidade, e 4,6029, para os elementos tangíveis (**Tabela 7**).

Tabela 7 – Qualidade esperada, por dimensão.

		Média	Desvio padrão
Qualidade esperada	Elementos tangíveis	4,6029	,41081
	Fiabilidade	4,4215	,48275
	Segurança	4,5034	,42468
	Empatia	4,7131	,37260
	Capacidade de resposta	4,4309	,47915

Na dimensão dos *elementos tangíveis*, o elemento com expectativas mais altas prendia-se com a aparência dos profissionais de saúde e aquele que suscitava expectativas menos significativas remetia para a modernidade dos equipamentos disponíveis e utilizados (**Tabela 8**).

Tabela 8 – Qualidade esperada quanto aos elementos tangíveis.

	Média	Desvio padrão
<i>Elementos tangíveis</i>		
Os profissionais devem ter aparência eficaz e profissional.	4,77	0,421
As instalações físicas devem ser visualmente atrativas.	4,66	0,474
Os profissionais devem apresentar-se bem vestidos.	4,68	0,534
Os materiais e equipamentos devem ser compatíveis com o serviço de saúde em questão.	4,56	0,608
Os materiais e equipamentos devem ser visualmente atrativos.	4,47	0,610
Os equipamentos devem ser modernos.	4,46	0,564

Na dimensão *fiabilidade*, o elemento com expectativas mais altas prendia-se com a importância do interesse sincero dos profissionais em resolver o problema apresentado e aquele que suscitava expectativas menos significativas remetia para a isenção de erros dos registos mantidos pelos mesmos (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Qualidade esperada quanto à fiabilidade.

	Média	Desvio padrão
<i>Fiabilidade</i>		
A organização e seus profissionais devem cumprir o cronograma com que se comprometem.	4,28	0,648
Quando o cliente apresenta um problema, os profissionais devem mostrar sincero interesse em solucioná-lo.	4,69	0,464
Os profissionais devem realizar bem o serviço, demonstrando competência técnica adequada.	4,66	0,540
Os profissionais devem concluir o serviço no tempo prometido.	4,27	0,750
Os profissionais devem procurar manter registos isentos de erros.	4,20	0,762

Na dimensão *segurança*, o elemento com expectativas mais altas prendia-se com a disposição dos profissionais para ajudar e aquele que suscitava expectativas menos significativas remetia para a identificação clara da data de término do serviço (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Qualidade esperada quanto à segurança.

	Média	Desvio padrão
<i>Segurança</i>		
A triagem deve ser feita de forma adequada.	4,52	0,540
Os profissionais devem informar com precisão sobre quando se concluirá cada serviço.	4,06	0,872
Os profissionais devem atuar com rapidez, em tempo útil.	4,44	0,619
Os profissionais devem mostrar-se sempre dispostos a ajudar.	4,73	0,502
Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	4,62	0,551
Os profissionais devem prescrever e realizar exames complementares de diagnóstico quando necessário.	4,64	0,595

Na dimensão *empatia*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a importância do sentimento de segurança na relação com os profissionais e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para a assertividade e transparência dos profissionais (**Tabela 11**)

Tabela 11 – Qualidade esperada quanto à empatia.

	Média	Desvio-padrão
<i>Empatia</i>		
O comportamento dos profissionais deve transmitir confiança.	4,71	0,455
Deve sentir-se seguro nas interações com os profissionais.	4,78	0,417
Os profissionais devem ser sempre assertivos e transparentes.	4,61	0,542
Os profissionais devem ter conhecimentos suficientes para responder às perguntas.	4,75	0,433

Na dimensão *capacidade de resposta*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a priorização dos interesses do cliente no âmbito do serviço e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para o horário de funcionamento (**Tabela 12**).

Tabela 12 – Qualidade esperada quanto à capacidade de resposta.

	Média	Desvio-padrão
<i>Capacidade de resposta</i>		
A organização deve dar-lhe uma atenção individualizada	4,36	0,700
Os profissionais devem dar-lhe uma atenção personalizada.	4,49	0,703
No serviço utilizado, devem preocupar-se com os seus melhores interesses.	4,60	0,504
Os profissionais devem compreender as suas necessidades.	4,58	0,495
O horário de funcionamento deve ser conveniente.	4,11	1,154

4.2.2. Qualidade percebida

Relativamente à qualidade percebida, os valores médios variaram entre 2,0895, para a segurança, e 2,3020, para a capacidade de resposta (**Tabela 13**).

Tabela 13 – Qualidade percebida, por dimensão.

		Média	Desvio padrão
Qualidade percebida	Elementos tangíveis	2,2058	,20264
	Fiabilidade	2,2456	,34728
	Segurança	2,0895	,37193
	Empatia	2,1728	,42603
	Capacidade de resposta	2,3020	,34999

Na dimensão dos *elementos tangíveis*, o elemento com qualidade percebida mais alta foi as instalações físicas, pela sua aparência, e aquele com menor qualidade percebida remetia para a modernidade dos equipamentos disponíveis e utilizados (**Tabela 14**).

Tabela 14 – Qualidade percebida quanto aos elementos tangíveis.

	Média	Desvio padrão
<i>Elementos tangíveis</i>		
Os profissionais têm aparência eficaz e profissional.	2,00	0,121
As instalações físicas são visualmente atrativas.	2,78	0,505
Os profissionais apresentam-se bem vestidos.	2,31	0,614
Os materiais e equipamentos são compatíveis com o serviço de saúde em questão.	2,25	0,433
Os materiais e equipamentos são visualmente atrativos.	1,98	0,472
Os equipamentos são modernos.	1,92	0,487

Na dimensão *fiabilidade*, o elemento com qualidade percebida mais alta foi a conclusão do serviço no tempo planejado e aquele com menor qualidade percebida remetia para a modernidade dos equipamentos disponíveis e utilizados (**Tabela 15**).

Tabela 15 – Qualidade percebida quanto à fiabilidade.

	Média	Desvio padrão
<i>Fiabilidade</i>		
A organização e seus profissionais cumprem o cronograma com que se comprometem.	2,26	0,764
Quando o cliente apresenta um problema, os profissionais mostram sincero interesse em solucioná-lo.	1,91	0,492
Os profissionais realizam bem o serviço, demonstrando competência técnica adequada.	2,43	0,629
Os profissionais concluem o serviço no tempo prometido.	2,46	0,673
Os profissionais procuraram manter registros isentos de erros.	2,17	0,609

Na dimensão *segurança*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com a disponibilidade dos profissionais para responder a questões e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para a precisão da informação que os profissionais forneciam sobre a expectável conclusão do serviço (**Tabela 16**).

Tabela 16 – Qualidade percebida quanto à segurança.

	Média	Desvio padrão
<i>Segurança</i>		
A triagem deve ser feita de forma adequada.	2,14	0,581
Os profissionais devem informar com precisão sobre quando se concluirá cada serviço.	1,92	0,487
Os profissionais devem atuar com rapidez, em tempo útil.	2,10	0,675
Os profissionais devem mostrar-se sempre dispostos a ajudar.	2,15	0,634
Os profissionais nunca devem estar demasiado ocupados para responder às suas perguntas.	2,19	0,704
Os profissionais devem prescrever e realizar exames complementares de diagnóstico quando necessário.	2,03	0,677

Na dimensão *empatia*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com o sentimento de segurança nas interações com os profissionais e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para a assertividade e transparência dos profissionais (**Tabela 17**).

Tabela 17 – Qualidade percebida quanto à empatia.

	Média	Desvio-padrão
<i>Empatia</i>		
O comportamento dos profissionais deve transmitir confiança.	1,92	0,395
Deve sentir-se seguro nas interações com os profissionais.	2,46	0,632
Os profissionais devem ser sempre assertivos e transparentes.	1,87	0,524
Os profissionais devem ter conhecimentos suficientes para responder às perguntas.	2,44	0,720

Na dimensão *capacidade de resposta*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com a compreensão dos profissionais sobre as suas necessidades e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para personalização da atenção dada pelos mesmos (**Tabela 18**).

Tabela 18 – Qualidade percebida quanto à capacidade de resposta.

	Média	Desvio-padrão
<i>Capacidade de resposta</i>		
A organização deve dar-lhe uma atenção individualizada	2,19	0,537
Os profissionais devem dar-lhe uma atenção personalizada.	2,12	0,603
No serviço utilizado, devem preocupar-se com os seus melhores interesses.	2,21	0,576
Os profissionais devem compreender as suas necessidades.	2,52	0,997
O horário de funcionamento deve ser conveniente.	2,47	0,564

4.2.3. Qualidade esperada vs. qualidade percebida

Para analisar as diferenças entre a qualidade esperada e a percebida, realizou-se um teste t de amostras emparelhadas para as cinco dimensões e a sua globalidade. As médias da qualidade esperada e da qualidade percebida foram significativamente diferentes ($p < 0,001$) em todas as dimensões e na globalidade (**Tabela 19**).

Tabela 19 – Teste t amostras emparelhadas para cada dimensão da qualidade.

	Média	Desvio Padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	Unilateral p	Bilateral p
			Inferior	Superior			
Par 1	2,39709	,44922	2,32437	2,46982	65,135	<,001	<,001
Par 2	2,17584	,56277	2,08473	2,26695	47,194	<,001	<,001
Par 3	2,41387	,54235	2,32607	2,50167	54,328	<,001	<,001
Par 4	2,54027	,58707	2,44523	2,63531	52,818	<,001	<,001
Par 5	2,12886	,59096	2,03319	2,22453	43,973	<,001	<,001
Global	11,65593	1,94766	11,34062	11,97124	73,051	<,001	<,001

Assim, relativamente à primeira hipótese postulada, constata-se a confirmação de que existem diferenças entre a qualidade de serviço esperada pelos seus utilizadores, em cada dimensão, e a qualidade percebida que identificam como caracterizadora da efetividade do mesmo.

Relativamente à subhipótese de que essas diferenças variam, de forma estatisticamente significativa, face ao género, faixas etárias, nível de escolaridade, frequência de utilização do serviço da organização de saúde em estudo e tipo de ocorrências (triagem), os dados confirmam que:

(1) A idade apresenta relação estatisticamente relevante com a qualidade esperada global ($r = ,202$, $p < 0,05$), com os mais velhos a apresentarem maiores expectativas globais (**Tabela 20** e **Tabela 21**) e, especificamente, nas seguintes dimensões da qualidade esperada: *segurança* ($r = ,215$, $p < 0,01$), *empatia* ($r = ,181$, $p < 0,05$) e *capacidade de resposta* ($r = ,226$, $p < 0,01$) (**Tabela 22** e **Tabela 23**);

(2) O nível de escolaridade apresenta relação estatisticamente relevante com a dimensão *empatia* da qualidade esperada ($r = -,169$, $p < 0,05$), com os participantes menos qualificados a esperar níveis mais elevados de empatia (**Tabela 23** e **Tabela 24**);

(3) O número de vezes que os participantes recorreram anteriormente à organização de saúde apresenta relação estatisticamente relevante com a dimensão dos elementos tangíveis da qualidade percebida ($r = -,171$, $p < 0,05$). Quem visitou menos vezes a organização de saúde anteriormente apresentou maiores níveis de qualidade percebida para a referida dimensão (**Tabela 23** e **Tabela 26**);

(4) A triagem na última visita aos serviços de saúde apresenta relação estatisticamente relevante com as dimensões *empatia* ($r = ,216$, $p < 0,05$) e *capacidade de resposta* ($r = ,177$, $p < 0,05$) da qualidade esperada. Os participantes com triagens anteriores de gravidade mais acentuada evidenciaram níveis mais elevados (**Tabela 20 e Tabela 26**).

Tabela 20 - Análise correlacional da qualidade esperada e da qualidade percebida quanto ao género, idade, nível de escolaridade, nº de vezes que recorreu à organização de saúde anteriormente e triagem na última ocorrência.

		QE	QP
Género	Correlação de Pearson	,065	,035
	Sig. (2 extremidades)	,434	,676
Idade	Correlação de Pearson	,202	-,059
	Sig. (2 extremidades)	,013	,476
Nível de escolaridade	Correlação de Pearson	-,026	,057
	Sig. (2 extremidades)	,755	,492
Nº de vezes que recorreu à organização	Correlação de Pearson	-,093	-,102
	Sig. (2 extremidades)	,258	,214
Triagem na última ocorrência	Correlação de Pearson	,134	-,051
	Sig. (2 extremidades)	,103	,536

Tabela 21 – Qualidade esperada face à idade.

Idade	Média	N	Erro Desvio
18 a 25	22,4375	24	1,78859
25 a 45	22,3209	63	1,95258
45 a 65	22,9573	41	1,60805
> 65	23,4341	21	1,34289
Total	22,6717	149	1,78976

Tabela 22 - Análise correlacional das dimensões da qualidade esperada e da qualidade percebida quanto ao gênero, idade, nível de escolaridade, nº de vezes que recorreu à organização de saúde anteriormente e triagem na última ocorrência.

		Qualidade esperada					Qualidade percebida				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Gênero	Correlação de Pearson	,026	,053	,028	,069	,088	-,134	-,083	-,011	,142	,087
	Sig. (2 extremidades)	,758	,522	,730	,406	,287	,104	,317	,890	,084	,294
Idade	Correlação de Pearson	,082	,127	,215	,181	,226	-,035	-,010	-,137	,018	,004
	Sig. (2 extremidades)	,320	,124	,008	,027	,006	,669	,900	,096	,826	,963
Nível de escolaridade	Correlação de Pearson	,075	,024	-,039	-,169	-,018	,013	,127	,129	-,040	-,078
	Sig. (2 extremidades)	,365	,772	,635	,040	,823	,878	,122	,116	,632	,346
Nº de vezes que recorreu à organização	Correlação de Pearson	-,016	-,113	-,132	-,091	-,032	-,171	,144	-,079	-,146	-,043
	Sig. (2 extremidades)	,848	,169	,107	,269	,697	,037	,079	,336	,075	,599
Triagem na última ocorrência	Correlação de Pearson	-,035	,064	,138	,216	,177	-,027	-,011	,027	-,019	-,111
	Sig. (2 extremidades)	,672	,439	,093	,008	,031	,748	,898	,745	,822	,179

Tabela 23 – Qualidade esperada, no âmbito das dimensões segurança, empatia e capacidade de resposta, face à idade.

		Qualidade esperada		
Idade		Segurança	Empatia	Capacidade de resposta
18 a 25	Média	4,4028	4,7083	4,3333
	N	24	24	24
	Erro Desvio	,37078	,35864	,55534
25 a 45	Média	4,4550	4,6310	4,2952
	N	63	63	63
	Erro Desvio	,44521	,43268	,46678
45 a 65	Média	4,5244	4,7500	4,6585
	N	41	41	41
	Erro Desvio	,43710	,30619	,43645
> 65	Média	4,7222	4,8929	4,5048
	N	21	21	21
	Erro Desvio	,33054	,23146	,32631
Total	Média	4,5034	4,7131	4,4309
	N	149	149	149
	Erro Desvio	,42468	,37260	,47915

Tabela 24 - Qualidade esperada, no âmbito da empatia, face ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Média	N	Erro Desvio
Ensino básico	4,8424	46	,29981
Ensino secundário	4,6250	48	,42527
Ensino superior	4,6818	55	,35504
Total	4,7131	149	,37260

Tabela 25 - Qualidade percebida, no âmbito dos elementos tangíveis, face ao nº de vezes que os participantes recorreram anteriormente à organização de saúde.

Nº de vezes que recorreu à organização	Média	N	Erro Desvio
0	2,2348	22	,19693
1	2,2305	47	,20428
2	2,2188	32	,21351
3	2,1859	26	,22275
4	2,1154	13	,14248
5	2,2222	6	,13608
6	2,0000	3	,16667
Total	2,2058	149	,20264

Tabela 26 – Qualidade esperada, no âmbito da empatia e capacidade de resposta, face à triagem na última ocorrência.

Triagem na última ocorrência		Qualidade esperada	
		Empatia	Capacidade de resposta
Azul	Média	4,5000	4,2000
	N	6	6
	Erro Desvio	,47434	,48990
Verde	Média	4,6759	4,4049
	N	81	81
	Erro Desvio	,38819	,48474
Amarelo	Média	4,7396	4,4167
	N	48	48
	Erro Desvio	,36084	,47191
Laranja	Média	4,9286	4,7286
	N	14	14
	Erro Desvio	,11720	,38115
Total	Média	4,7131	4,4309
	N	149	149
	Erro Desvio	,37260	,47915

4.5. Discussão dos resultados

Os níveis da qualidade esperada destacaram-se significativamente dos da qualidade percebida, algo convergente com a literatura, que sinaliza a tendência para definir padrões marcadamente altos de expectativas para organizações de saúde do setor privado, como é o caso da analisada no estudo. Não obstante, como apontam Manulik, Rosińczuk e Karniej (2016), importa considerar que as relações entre as características e as prioridades dos pacientes em relação à qualidade dos serviços de saúde são extremamente complexas. De facto, as variáveis individuais, culturais, económicas e o contexto legal são determinantes para a perceção de expectativa e qualidade efetiva de serviços, às quais se juntam o estado de saúde do cliente (Zarei, et al 2012). Sugerem-se estudos futuros que incluam um maior número de variáveis, como as referidas, a fim de mapear a estrutura de interações subjacentes à avaliação que os clientes fazem dos serviços de saúde.

Ademais, para discutir os resultados obtidos com o uso do modelo SERVQUAL, não se deve ~~pode~~ isolar as dimensões avaliadas da qualidade, mas antes devemos integrá-las como interdependentes e inevitavelmente relevantes no âmbito da influência das suas relações. Nesse sentido, um cliente que valoriza especialmente uma determinada dimensão, poderá

subvalorizar outra. De facto, os nossos resultados evidenciam uma valorização dos aspetos de índole interpessoal (nomeadamente atenção, interesse e disponibilidade dos profissionais de saúde no âmbito do atendimento e prestação de cuidados) em detrimento de aspetos, por exemplo, burocráticos, sendo até benevolentes com erros de registo e informacionais. Tal poderá estar relacionado com a natureza dos cuidados em saúde, isto é, dado estes serem marcadamente relacionais e prestados em momentos de vulnerabilidade, poderá emergir uma tendência para valorizar os aspetos associados ao cuidado interpessoal e, por oposição, para desvalorizar as falhas e ineficiências que inevitavelmente caracterizam o ser humano. A idade mostrou-se associada a este fenómeno, com participantes mais velhos a evidenciarem maior valorização dos aspetos interpessoais, assim como aqueles com mais baixo nível de escolaridade.

Assim, constata-se que os níveis mais elevados da qualidade esperada se centram nas dimensões que não constituem uma vantagem competitiva, mas são o elemento central dos serviços de saúde (Manulik et al., 2016). Assim, a gestão da qualidade e sua melhoria continua em instituições de saúde beneficiará de programas de desenvolvimento e capacitação dos profissionais, por meio de formação, de competências interpessoais aplicadas ao cuidado. É relevante considerar, positivamente, que estas consomem menos capital que as associadas a investimento infraestrutural. A monitorização das expectativas e perceções da qualidade pelos clientes, por exemplo, por meio do instrumento SERVQUAL, deve ser um recurso permanente das atividades de melhoria realizadas numa organização de saúde.

5. Conclusões

O principal objetivo da presente investigação era o de aferir a qualidade percebida do serviço de atendimento permanente / de urgências de uma organização de saúde privada portuguesa, com recurso ao modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Considera-se que o mesmo foi alcançado, de uma forma global, tendo-se ainda contribuído para a revisão da literatura pertinente sobre a temática da qualidade em saúde, sistematizando informação relevante para considerar no âmbito da sua concetualização, aferição e análise e para a identificação e descrição dos modelos teóricos e teórico-práticos existentes no âmbito da temática da qualidade em saúde.

Empiricamente foi possível, de forma mais específica, identificar as expectativas dos utilizadores do serviço quanto à sua qualidade, nomeadamente quanto às consideradas mais e menos fundamentais, assim como a sua perceção quanto à sua qualidade da prestação efetiva.

Ademais, identificaram-se as diferenças relevantes entre estas, analisando relações significativas quanto ao gênero, faixas etárias, nível de escolaridade, frequência de utilização do serviço da organização de saúde em estudo e tipo de ocorrências (triagem).

Em suma, concluiu-se que, relativamente à qualidade esperada:

(1) Na dimensão dos *elementos tangíveis*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a aparência dos profissionais de saúde e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para a modernidade dos equipamentos disponíveis e utilizados;

(2) Na dimensão *fiabilidade*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a importância do interesse sincero dos profissionais em resolver o problema apresentado e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para a isenção de erros dos registos mantidos pelos mesmos;

(3) Na dimensão *segurança*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a disposição dos profissionais para ajudar e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para a identificação clara da data de término do serviço;

(4) Na dimensão *empatia*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a importância do sentimento de segurança na relação com os profissionais e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para a assertividade e transparência dos profissionais;

(5) Na dimensão *capacidade de resposta*, o elemento com expetativas mais altas prendia-se com a priorização dos interesses do cliente no âmbito do serviço e aquele que suscitava expetativas menos significativas remetia para o horário de funcionamento.

Relativamente à qualidade percebida:

(1) Na dimensão dos *elementos tangíveis*, o elemento com qualidade percebida mais alta foi as instalações físicas, pela sua aparência, e aquele com menor qualidade percebida remetia para a modernidade dos equipamentos disponíveis e utilizados;

(2) Na dimensão *fiabilidade*, o elemento com qualidade percebida mais alta foi a conclusão do serviço no tempo planeado e aquele com menor qualidade percebida os profissionais demonstrarem sincero interesse em solucionar um problema;

(3) Na dimensão *segurança*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com a disponibilidade dos profissionais para responder a questões e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para a precisão da informação que os profissionais forneciam sobre a expectável conclusão do serviço;

(4) Na dimensão *empatia*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com o sentimento de segurança nas interações com os profissionais e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para a assertividade e transparência dos profissionais;

(5) Na dimensão *capacidade de resposta*, o elemento com uma qualidade percebida mais alta prendia-se com a compreensão dos profissionais sobre as suas necessidades e aquele que suscitava percepções de menor qualidade remetia para personalização da atenção dada pelos mesmos;

Quanto às diferenças entre qualidade esperada e qualidade percebida, confirma-se que existem diferenças entre a qualidade de serviço esperada pelos seus utilizadores, em cada dimensão, e a qualidade percebida que identificam como caracterizadora da efetividade do mesmo. Assim, a idade apresenta relação positiva estatisticamente relevante com a qualidade esperada global e, especificamente, nas seguintes dimensões: *segurança*, *empatia* e *capacidade de resposta*. O nível de escolaridade apresentou relação negativa estatisticamente relevante com a dimensão *empatia* da qualidade esperada. O número de vezes que os participantes recorreram anteriormente à organização de saúde apresenta relação negativa estatisticamente relevante com a dimensão dos elementos tangíveis da qualidade percebida. A triagem na última visita aos serviços de saúde apresenta relação positiva estatisticamente relevante com as dimensões *empatia* e *capacidade de resposta* da qualidade esperada.

Tanto este estudo quanto a literatura indicam a existência de lacunas significativas entre a qualidade esperada e percebida. Assim, os nossos resultados, tendo em conta a competitividade atual dos serviços de saúde, remetem para a importância de investir no desenvolvimento das competências interpessoais dos profissionais de saúde, uma vez que estes são os aspetos marcadamente valorizados pelos clientes. Além disto, deverão ser considerados mecanismos de monitorização da satisfação dos mesmos com estes aspetos, assim como criados sistemas que motivem os profissionais a manter a atitude interessada e proativa junto dos clientes.

6. Referências bibliográficas

- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2011). Portugal health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services*. London: McGraw-hill education.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *The Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Decreto Lei nº 134/2004 de 8 de junho. “Diário da República I Série - A”, p. 3614-3619. Ministério da Economia. Lisboa, <https://dre.pt/pesquisa/-/search/278973/details/maximized> acessado a 26 de dezembro de 2020.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>. Acessado a 2 de janeiro de 2021.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico: Complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.
- França, M. (2008). *Gestão da qualidade e inovação em saúde. Financiamento inovação e sustentabilidade*. Lisboa: Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Gronroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach*. New York: John Wiley.

- Grönroos, C. (2004). The relationship marketing process: Communication, interaction, dialogue, value. *Journal of business & industrial marketing*, 1(4), 5-14.
- Gummesson, E. (1987). The new marketing- Developing long-term interactive relationships. *Long Range Planning*, 20(4), 10-20.
- Gummesson, E., & Grönroos, C. (1987). Quality of services- Lessons from product sector. Em Carol Surprenant (Eds.) *Add Value to Your Service*. Chicago: American Marketing Association.
- Instituto de Medicina (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D. C.: U.S. Institute of Medicine.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.
- Manulik, S., Rosińczuk, J., & Karniej, P. (2016). Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. *Patient preference and adherence*, 10, 1435.
- McCusker, K., & Gunaydin, S. (2015). Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research. *Perfusion*, 30(7), 537-542.
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Paris: OECD Publishing.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Genebra: World Health Organization.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan management review*, 32(3), 39-48.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & 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., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.

- Pires, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Polit, D., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rocha, E., & Trevizan, M. (2009). Quality management at a Hospital's Nursing Service. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17(2), 240-245.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85(6), 65-82.
- Silva, A., Varanda, J., & Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Trochim, W., & Kane, M. (2005). Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 187-191.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Yin, S. Y., Huang, K. K., Shieh, J. I., Liu, Y. H., & Wu, H. H. (2016). Telehealth services evaluation: a combination of SERVQUAL model and importance-performance analysis. *Quality & Quantity*, 50(2), 751-766.
- Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. R., Rashidian, A., & Tabatabaei, S. M. G. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC health services research*, 12(1), 1-7.

7. Apêndices

Apêndice A - Consentimento informado

O presente questionário insere-se no desenvolvimento de uma tese no âmbito do Mestrado em Gestão da Universidade Europeia, realizado sob a orientação do Professor Doutor António Ramos Pires. O objetivo desta é aferir a qualidade percebida do serviço de atendimento permanente / de urgências de uma organização de saúde privada portuguesa.

Os dados recolhidos (género, idade e nível de escolaridade) serão utilizados única e exclusivamente no contexto pedagógico de realização deste projeto, podendo em qualquer momento exercer os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, oposição e portabilidade. O anonimato de cada participante é assegurado. A participação neste estudo é voluntária, podendo, por isso, decidir não participar ou retirar-se do processo em qualquer altura. A eliminação dos dados ocorrerá após o término da sua análise e redação do documento de suporte.

Concordo com a participação no presente estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____ / ____ / ____

assinatura

Apêndice B – Instrumento

Dados sociodemográficos

1. Género:
2. Idade:
3. Nível de escolaridade:
4. Quantas vezes já recorreu ao serviço da organização de saúde em estudo?
5. Como foi triado na última ocorrência?

- Azul
- Verde
- Amarelo
- Laranja
- Vermelho

Expetativas

Avalie as suas expectativas (qualidade esperada) acerca do serviço de atendimento permanente / de urgências que utilizou, segundo os itens abaixo, de “discordo totalmente / fortemente” a “concordo totalmente / fortemente”. Assim, o 1 indica que discorda totalmente que a organização de saúde em questão e os seus profissionais se devam caracterizar por essa afirmação e o 5 indica que concorda totalmente que a organização de saúde em questão e os seus profissionais se devam caracterizar por essa afirmação.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
<i>Elementos tangíveis</i>					
Os profissionais devem ter aparência eficaz e profissional.					
As instalações físicas devem ser visualmente atrativas.					
Os profissionais devem apresentar-se bem vestidos.					
Os materiais e equipamentos					

devem ser compatíveis com o serviço de saúde em questão.					
Os materiais e equipamentos devem ser visualmente atrativos.					
Os equipamentos devem ser modernos.					
<i>Fiabilidade</i>					
A organização e seus profissionais devem cumprir o cronograma com que se comprometem.					
Quando o cliente apresenta um problema, os profissionais devem mostrar sincero interesse em solucioná-lo.					
Os profissionais devem realizar bem o serviço, demonstrando competência técnica adequada.					
Os profissionais devem concluir o serviço no tempo prometido.					
Os profissionais devem procurar manter registos isentos de erros.					
<i>Segurança</i>					
A triagem deve ser feita de forma adequada.					
Os profissionais devem informar com precisão sobre quando se concluirá cada serviço.					
Os profissionais devem atuar com rapidez, em tempo útil.					
Os profissionais devem mostrar-se sempre dispostos a ajudar.					
Os profissionais nunca devem					

estar demasiado ocupados para responder às suas perguntas.					
Os profissionais devem prescrever e realizar exames complementares de diagnóstico quando necessário.					
<i>Empatia</i>					
O comportamento dos profissionais deve transmitir confiança.					
Deve sentir-se seguro nas interações com os profissionais.					
Os profissionais devem ser sempre assertivos e transparentes.					
Os profissionais devem ter conhecimentos suficientes para responder às perguntas.					
<i>Capacidade de resposta</i>					
A organização deve dar-lhe uma atenção individualizada					
Os profissionais devem dar-lhe uma atenção personalizada.					
No serviço utilizado, devem preocupar-se com os seus melhores interesses.					
Os profissionais devem compreender as suas necessidades.					
O horário de funcionamento deve ser conveniente.					

Expetativas

Avalie as suas percepções (qualidade percebida) acerca do serviço de atendimento permanente / de urgências que utilizou, segundo os itens abaixo, de “discordo totalmente / fortemente” a “concordo totalmente / fortemente”. Assim, o 1 indica que discorda totalmente que a organização de saúde em questão e os seus profissionais se caracterizam por essa afirmação e o 5 indica que concorda totalmente que a organização de saúde em questão e os seus profissionais se caracterizam por essa afirmação.

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
<i>Elementos tangíveis</i>					
Os profissionais têm aparência eficaz e profissional.					
As instalações físicas são visualmente atrativas.					
Os profissionais apresentam-se bem vestidos.					
Os materiais e equipamentos são compatíveis com o serviço de saúde em questão.					
Os materiais e equipamentos são visualmente atrativos.					
Os equipamentos são modernos.					
<i>Fiabilidade</i>					
A organização e seus profissionais cumprem o cronograma com que se comprometem.					
Quando o cliente apresenta um problema, os profissionais mostram sincero interesse em solucioná-lo.					
Os profissionais realizam bem o serviço, demonstrando					

competência técnica adequada.					
Os profissionais concluem o serviço no tempo prometido.					
Os profissionais procuram manter registros isentos de erros.					
<i>Segurança</i>					
A triagem é feita de forma adequada.					
Os profissionais informam com precisão sobre quando se concluirá cada serviço.					
Os profissionais atuam com rapidez, em tempo útil.					
Os profissionais mostram-se sempre dispostos a ajudar.					
Os profissionais nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.					
Os profissionais prescrevem e realizam exames complementares de diagnóstico quando necessário.					
<i>Empatia</i>					
O comportamento dos profissionais transmite confiança.					
Sentiu-se seguro nas interações com os profissionais.					
Os profissionais são sempre assertivos e transparentes.					
Os profissionais têm conhecimentos suficientes para responder às perguntas.					
<i>Capacidade de resposta</i>					

A organização dá-lhe uma atenção individualizada					
Os profissionais dão-lhe uma atenção personalizada.					
No serviço utilizado, preocupam-se com os seus melhores interesses.					
Os profissionais compreendem as suas necessidades.					
O horário de funcionamento é conveniente.					