



Ana Filipa Franco  
Maia

**Qualidade Percebida num serviço  
de Oftalmologia privado – o caso  
prático das Clínicas Leite**

*Perceived Quality in a private  
Ophthalmology service – the practical  
case of Clínicas Leite*

PROJETO ORGANIZACIONAL APLICADO DO  
MESTRADO EM GESTÃO DE MARKETING

Professora Doutora Fernanda Andrade

Novembro, 2019

Ana Filipa Franco  
Maia

**Qualidade Percebida num serviço  
de Oftalmologia privado – o caso  
prático das Clínicas Leite**

*Perceived Quality in a private  
Ophthalmology service – the practical  
case of Clínicas Leite*

**JÚRI**

*Presidente:* Professor Doutor Duarte Xara Brasil

*Orientador:* Professora Doutora Fernanda Andrade

*Vogal Arguente:* Professora Doutora Isabel

Sánchez-Hernandez

Novembro, 2019

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Professora Doutora Fernanda Andrade, por todo o apoio, disponibilidade e conhecimento partilhado ao longo da elaboração deste trabalho. Ao diretor do mestrado Professor Doutor Duarte Xara Brasil por todos os incentivos ao longo deste percurso.

Às Clínicas Leite e a todos os seus colaboradores, por terem permitido a realização deste trabalho nas suas instalações e por toda a disponibilidade e carinho com que me receberam. Aos clientes das Clínicas Leite que participaram neste estudo, sem os quais o mesmo não seria concretizável.

Ao meu namorado por toda a paciência, apoio e incentivo durante este período e por me encorajar sempre. À minha família, em especial à minha mãe por todos os incentivos.

A todos muito obrigada.



# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>III</b>
<b>ÍNDICE TABELAS</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>XV</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>XVII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XIX</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ESTADO DA ARTE</b> .....	<b>6</b>
<i>1.1 Evolução da Qualidade</i> .....	<i>6</i>
<i>1.2 Qualidade dos Serviços</i> .....	<i>11</i>
1.2.1 Conceito e Classificação de Serviços.....	11
1.2.2 Qualidade percebida e satisfação .....	14
1.2.3 Avaliação da Qualidade Percebida .....	19
1.2.3.1 Modelos Conceptuais.....	20
1.2.3.2 SERVQUAL .....	22
<b>CAPÍTULO 2 – SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	<b>25</b>
<i>2.1 Características</i> .....	<i>25</i>
<i>2.2 Serviços de Oftalmologia</i> .....	<i>27</i>
<i>2.3 Qualidade percebida em serviços de saúde</i> .....	<i>28</i>
<b>PARTE II - PARTE PRÁTICA</b> .....	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO 3 – CASO PRÁTICO – CLÍNICAS LEITE</b> .....	<b>37</b>
<i>3.1 Caracterização da organização</i> .....	<i>37</i>
<i>3.2 Aplicação do Modelo</i> .....	<i>39</i>

3.2.1 Instrumento de Recolha de Dados .....	41
3.3 <i>Técnicas de Análise de Dados</i> .....	43
<b>CAPÍTULO 4 – APRECIÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
4.1 <i>Resultados Obtidos</i> .....	45
4.2 <i>Análise e Discussão</i> .....	49
4.3 <i>Orientações e Sugestões</i> .....	54
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>59</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Estatística Descritiva das Dimensões .....	48
Tabela 2 - Estatística Descritiva da Qualidade .....	48
Tabela 3 -Estatística Descritiva da Satisfação .....	48
Tabela 4 - Alfa de Cronbach das Dimensões .....	49
Tabela 5 - Correlações entre as Dimensões .....	50
Tabela 6 - Teste Mann-Whitney Dimensões vs. Género.....	52
Tabela 7 - Teste Mann-Whitney Dimensões vs. Primeira vez na Clínica.....	53
Tabela 8 - Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman Dimensão vs. Idade.....	53
Tabela 9 - Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman Dimensões vs. Habilitações Literárias .....	54



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de Qualidade.....	7
Quadro 2 - Modelos Gaps.....	20
Quadro 3 - Definições Qualidade Percebida em Saúde.....	30
Quadro 4 - Dimensões da Qualidade Percebida em Saúde .....	32
Quadro 5 - Serviço de Oftalmologia Clínicas Leite .....	39
Quadro 6 - Distribuição das Dimensões no Questionário .....	42



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição Género .....	45
Gráfico 2 - Distribuição Faixas Etárias .....	46
Gráfico 3 - Distribuição Habilitações Literárias.....	46
Gráfico 4 - Distribuição Primeira vez na Clínica .....	47



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Ciclo de Deming (PDCA).....	9
Figura 2- Esquema Gaps .....	21
Figura 3 - Esquema SERVQUAL .....	22



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

*INE* – Instituto Nacional de Estatística

*ISO* – International Organization for Standardization

*SGQ* – Sistema de Gestão de Qualidade

*EFQM* – European Foundation for Quality Management

*OMS* – Organização Mundial de Saúde

*IOM* – Institute of Medicine

*PDCA* – Plan, Do, Check, Act



## RESUMO

A qualidade percebida em saúde é atualmente entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços de saúde, sendo um indicador crítico para as organizações. Desta forma a sua avaliação torna-se fundamental. Objetivo central deste estudo é analisar a qualidade percebida pelos clientes do serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite tendo como objetivos específicos indagar a satisfação dos mesmos, quais as suas expectativas relativamente ao serviço e identificar quais as dimensões que mais valorizam. Desenvolveu-se um estudo exploratório, transversal de pesquisa quantitativa, recorrendo à aplicação de um questionário. Amostra obtida de 108 clientes, que avaliaram o serviço como sendo de qualidade encontrando-se satisfeitos. Conclui-se assim que as expectativas dos clientes foram superadas, embora tenham sido identificadas falhas na Fiabilidade, dimensão cujas perceções foram inferiores às expectativas. Verificando-se a influencia do género nas dimensões tangibilidade, fiabilidade e capacidade de resposta e das habilitações literárias na tangibilidade, segurança e empatia.

**Palavras-Chaves:** Qualidade; Qualidade Percebida; SERVQUAL; Serviços de Saúde; Oftalmologia



## ***ABSTRACT***

The perceived quality in healthcare is currently understood as an intrinsic need to the health services themselves, being a critical indicator for organizations. In this way its evaluation becomes fundamental. The main objective of this study is to analyze the perceived quality by clients attending the ophthalmology service of Clínicas Leite, having as main goals to inquire their satisfaction, what are their expectations regarding the service and to identify which dimensions they value most. An exploratory cross-sectional study of quantitative research was carried out using a questionnaire. Sample obtained from 108 customers, who rated the service as being of quality and found to be satisfied. Thus, it is concluded that customer expectations were exceeded, although failures were identified in the reliability, dimension whose perceptions were lower than expectations. Verifying the influence of gender on dimension's tangibility, reliability and responsiveness and also the literacy skills on tangibility, security and empathy.

**Keywords:** Quality; Perceived Quality; SERVQUAL; Health Services; Ophthalmology



## INTRODUÇÃO

Encontramo-nos numa era de desenvolvimento económico e processos e evoluções tecnológicas constantes, que têm vindo a favorecer o crescimento significativo do setor dos serviços nos últimos anos, aumentando desta forma tanto a oferta para o cliente, como a concorrência para as organizações. Para além disso também os clientes se tornaram cada vez mais exigentes, seletivos, sofisticados e com elevado grau de expectativas face aos serviços prestados. Pois os clientes estão cada vez mais conscientes, estando mais atentos à qualidade dos serviços que lhes são prestados. Desta forma a preocupação no que toca à qualidade tem vindo a ganhar cada vez mais importância para as organizações, sendo cada vez mais tida como um fator diferenciador ditando assim o sucesso das mesmas. De facto, para manterem a sua sustentabilidade e se manterem competitivas, a procura pela qualidade do serviço tornou-se um fator imperativo para as organizações (Parasuraman *et al.*, 1994; Zeithaml, 2000). Podendo a qualidade definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade” (Decreto-Lei N. °140/2004). Sendo um conceito complexo este tem sido abordado de diversas formas e por diversos autores ao longo dos tempos.

Embora a preocupação com a qualidade tenha bastante importância no meio industrial e dos serviços, a sua aplicação ao setor dos cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez maior expressão. Apresentando-se como um tema com várias abordagens que tem vindo a evoluir com as mudanças organizacionais e culturais implícitas do próprio sistema de saúde, no qual existe um grande envolvimento do cliente no serviço. Sendo englobados diversos fatores, tais como, relacionais e comportamentais, características individuais dos pacientes, sociais da população e o conceito do próprio serviço e do prestador do serviço (Fernandes, 2012).

Como tal, também nas organizações de saúde a qualidade dos serviços é assumida como um fator primordial, importando conhecer e compreender as perceções, necessidades e fatores que conseqüentemente influenciam a satisfação dos clientes. Sendo considerada como uma condição de sucesso para as mesmas estando integrada num processo de melhoria

contínua na prestação dos cuidados de saúde (Brown *et al.* 1993). Podendo a qualidade em saúde ser definida como o tipo de prestação de cuidados no qual se maximiza a ação abrangente de bem-estar do paciente, após se ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas em todas as fases do processo (Donabedian, 1980).

Nos últimos anos assiste-se a um desenvolvimento do serviço de saúde privado em Portugal, tal como se pode comprovar segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) partilhados pela Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, existe um incremento de hospitais privados em Portugal, tendo aumentado de um total de 91 em 2005 para 114 em 2016. O crescimento deste setor pode também estar relacionado com o número cada vez maior de beneficiários de seguro de saúde, sendo que, no primeiro semestre de 2017 existia um total de 2 milhões e 266 mil beneficiários (Grupo *Marktest*, 2017). Existindo também uma maior procura de consultas externas (consultas de especialidade) nos hospitais privados, tendo aumentado 7,9% em 2016 face ao ano anterior (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2018). Devido ao crescimento no setor existe um maior leque de escolha para os clientes, sendo deste modo de todo o interesse para a gestão das organizações de saúde privadas conhecer qual a perceção de qualidade dos seus clientes relativamente ao seu serviço. Permitindo assim a elaboração de estratégias de melhoria ou manutenção de aspetos ou processos de modo a satisfazer os seus clientes. Podendo a qualidade percebida ser definida como um processo de avaliação, no qual o cliente compara as suas expectativas com a perceção do serviço que efetivamente recebeu (Grönroos, 1984).

Atualmente na nossa sociedade a saúde possui cada vez maior relevância e o cliente exerce um papel preponderante como avaliador dos serviços que lhe são prestados (Oja *et al.*, 2010). No qual as perceções dos clientes, bem como a sua satisfação, são extremamente importantes na melhoria da qualidade das organizações que prestam cuidados de saúde (Oja *et al.*, 2009). Desta forma, dada a utilidade do mesmo tanto do ponto de vista teórico como prático, o presente estudo centra-se nos clientes, pretendendo avaliar a qualidade percebida pelos mesmos num serviço de oftalmologia privado. Pois tal como referiu Castanheira Dinis *et al.* (2003), a visão sendo um dos cinco sentidos, representa na atualidade um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas, assumindo um elevado significado social e um dos mais importantes na vertente profissional. Assim, torna-se fundamental que a visão seja preservada em toda a população, sendo que a crescente

evolução técnica e científica veio permitir que a maior parte da patologia oftalmológica seja prevenida. Ainda segundo os mesmos autores a saúde da visão é fundamental para o bem-estar e atividade económica da população. Também a presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia refere que, devido ao aumento da esperança média de vida (a esperança média de vida à nascença para o período de 2015-2017 é de 80,78 anos – INE, 2019) e também ao crescimento das doenças degenerativas das estruturas oculares, a prevenção na saúde visual é um tema de extrema importância nos dias de hoje (Sociedade Portuguesa de Oftalmologia,2015).

De acordo com o contexto acima apresentado e tendo em conta que o presente estudo se centra nos clientes, foi definido como objetivo geral analisar a qualidade percebida pelos clientes dos serviços de oftalmologia das Clínicas Leite. Resultando nos seguintes objetivos específicos, indagar a satisfação dos clientes relativamente aos serviços prestados, identificar quais as expectativas relativamente aos serviços prestados, identificar as dimensões de qualidade percebida que mais influenciam o grau de satisfação dos clientes.

Pretendendo-se desta forma responder às seguintes questões:

Questão 1 – Qual a perceção de qualidade dos clientes em relação aos serviços de oftalmologia das Clínicas Leite?

Questão 2 – Quais os aspetos, dimensões, que na perceção dos clientes são mais valorizadas?

Questão 3 – Qual o impacto da perceção de qualidade na satisfação dos clientes dos serviços de oftalmologia das Clínicas Leite?

De modo a atingir os objetivos propostos e, portanto, responder às questões, tendo em conta que o presente trabalho se irá focar na qualidade percebida, pretende-se aplicar uma análise com base no modelo SERVQUAL (Parasuraman *et al.* 1988;1991). Após uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática, é possível constatar que, apesar de todas as críticas e lacunas apontadas, este é o modelo de avaliação mais amplamente aplicado em diversos setores, mesmo no setor da saúde, com resultados positivos, satisfatórios e práticos.

Tendo em conta os fatores descritos anteriormente, o estudo incidirá numa organização de saúde privada, nomeadamente o serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite.

Tendo em conta os objetivos pretendidos o trabalho encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. Na primeira parte, encontram-se os dois primeiros capítulos, sendo que, no primeiro será apresentada uma revisão da literatura sobre a temática geral, fundamental para o desenvolvimento do trabalho prático. No segundo será analisada a temática aplicada ao caso específico dos serviços de saúde. Na segunda parte na qual será descrita a parte prática da investigação, composta pelo terceiro capítulo no qual é feita a caracterização da organização, quais as medidas utilizadas na construção do instrumento de recolha de dados e quais as técnicas utilizadas para a análise de dados. E pelo quarto capítulo, no qual serão mostrados os resultados, respetiva análise e discussão, bem como, orientações e sugestões tendo em conta os resultados obtidos. Por fim serão apresentadas as principais conclusões, possíveis limitações do estudo e linhas de orientação para trabalhos futuros.

# **Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# Capítulo 1 – ESTADO DA ARTE

## 1.1 EVOLUÇÃO DA QUALIDADE

A evolução socioeconómica tem vindo a aumentar a concorrência nas organizações, fazendo com que exista uma crescente preocupação por parte das mesmas relativamente à qualidade dos seus produtos ou serviços. Existindo também esse cuidado por parte dos consumidores, pois a capacidade de comunicação existente nesta nova era permite-lhes o acesso a todas as informações sobre os produtos/serviços dando-lhes assim uma capacidade acrescida de escolha e de exigência.

O tema qualidade é intemporal, estando sempre implícito, iniciando-se de uma forma mais conceptual a partir de 1950 com Deming, existindo na literatura diferentes definições para o conceito, provenientes de diferentes épocas e de diferentes abordagens. Trata-se de um conceito vasto e de difícil consenso, devido à subjetividade e complexidade do seu significado, que tem vindo a sofrer uma evolução ao longo das últimas décadas, podendo este ser analisado consoante a perspetiva escolhida.

Nas últimas décadas, inúmeros autores têm desenvolvido pesquisas nesta área originando diversos conceitos, numa primeira fase aplicados ao setor produtivo e posteriormente ao setor de serviços.

Podemos destacar os chamados “gurus” da qualidade que se evidenciaram devido aos trabalhos desenvolvidos na área, sendo eles Deming (1950), Juran (1950), Crosby (1957), Feigenbaum (1958), Ishikawa (1962) e Taguchi (1963). Os conceitos trabalhados por estes autores apresentam um contributo inquestionável no sentido da competitividade e sustentabilidade das organizações.

Para estes autores, a qualidade pode ser compreendida de diversas formas, mediante o contexto em que é utilizada (Branco, 2008). Resume-se no quadro abaixo alguns dos principais conceitos de qualidade.

<b>Autor</b>	<b>Conceito</b>
<b>Deming (1950)</b>	Definida em função das exigências e das necessidades dos clientes, mas estando estas em constante mudança, implica uma enorme capacidade de adaptação das especificações dos produtos e serviços como forma de garantir a continuidade da satisfação dos clientes
<b>Juran (1950)</b>	Aptidão para o uso, através do planeamento, controlo e melhoria da qualidade
<b>Crosby (1957)</b>	Associada ao cumprimento das especificações, ou seja, fazer bem à primeira vez e com zero defeitos
<b>Feigenbaum (1958)</b>	A qualidade é uma ferramenta estratégica, uma filosofia de gestão e um compromisso com a melhoria
<b>Ishikawa (1962)</b>	Satisfazer inteiramente o cliente, de modo a ser agressivamente competitivo. E deste modo considera fundamental o tratamento das reclamações
<b>Taguchi (1963)</b>	Diminuição das perdas de um produto, desde a sua produção até à sua entrega e ao seu consumo

*Quadro 1 - Conceitos de Qualidade (fonte: elaboração própria)*

Garvin (1988, citado por (António, 1991) procurou sintetizar os vários conceitos, identificando cinco abordagens principais para a definição de qualidade:

- Transcendente: na qual a qualidade representa a excelência inata;
- Baseada no produto: considerada uma variável precisa e mensurável, que quando alterada pode significar redução de algum componente ou atributo de um produto;
- Baseada no utilizador: abordagem bastante subjetiva, em que a qualidade reflete as preferências dos consumidores, tendo qualidade mais elevada o produto que melhor satisfaz as necessidades do utilizador;

- Baseada na produção: advém do cumprimento das especificações do produto e a não conformidade pela ausência de alguma especificação (do que está pré-determinado) implica desvios da qualidade;
- Baseada no valor: é definida com base no custo e preço.

Podendo também ser definida como “grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas” (NP EN ISO 9000;2015).

Todas as definições de qualidade podem coexistir, embora se verifique que estas são fruto da evolução da indústria, dos mercados e do comportamento dos consumidores. Pois, o conceito de qualidade de início era orientado para a inspeção e para o produto, mas atualmente o número de atividades relacionadas com a qualidade aumentou sendo estas consideradas essenciais para o sucesso estratégico das organizações (António, 1991). Focalizando-se, agora, na abordagem por processos, na satisfação do cliente e na melhoria continua tornando-se uma arma competitiva para as empresas (Branco, 2008).

Qualidade e Gestão da qualidade embora sejam conceitos próximos são distintos pois, o conceito de qualidade avalia o resultado do funcionamento de uma organização, ou seja, os seus produtos ou serviços, enquanto que gestão de qualidade se refere ao processo, isto é, ao funcionamento da organização enquanto sistema. À semelhança da qualidade também a gestão da qualidade tem vindo a evoluir ao longo dos tempos estando assente em torno de três grandes períodos, a era da inspeção (foco no produto/serviço), a era do controlo estatístico (foco no processo) e a era da qualidade total (ênfase no cliente). Também aqui os “gurus” da qualidade tiveram um papel importante (Branco, 2008).

Deming (1950), criador da metodologia *PDCA* (*Plan, Do, Check, Act*) – ciclo de Deming (conforme podemos observar na Figura 1), definiu também quatorze grandes princípios de gestão de qualidade, designados princípios de Deming, no qual é feita referência ao princípio de melhoria contínua.



Figura 1- Ciclo de Deming (PDCA) (fonte: retirado de Kanbanize<sup>1</sup>)

Juran (1950), introduziu os métodos estatísticos no controlo da qualidade, criando a designada Trilogia da Qualidade de Juran, introduzindo conceitos como planeamento, controlo e melhoria da qualidade. O autor dedicou-se aos custos da qualidade através da aplicação do Princípio de Pareto.

Crosby (1957), responsável pela aplicação do princípio Zero Defeitos (fazer bem à primeira), sendo uma filosofia de gestão e de melhoria contínua promovendo a comunicação entre todos os elementos constituintes das organizações.

Ishikawa (1962), responsável pela criação dos “Círculos de Qualidade”, embora não sendo muito utilizados nos dias de hoje, consistiam em equipas de colaboradores que se reuniam para resolver problemas específicos da sua organização utilizando diagramas de causa-efeito ou diagramas de Ishikawa.

Taguchi (1963), introduziu conceitos como “Perda” e “Desvio” de uma variável face ao valor esperado e desejado, fazendo referência aos “custos de não qualidade”, declarando o *Just in Time* como importante ferramenta de gestão de qualidade.

A *International Organization for Standardization (ISO)* apresenta como missão promover o desenvolvimento da normalização como elemento facilitador das trocas comerciais de bens e serviços, garantindo a consistência de conteúdo e terminologia, sendo passível de aplicação em diversas áreas e setores. Na década de 80 surgem as normas da

<sup>1</sup> in <https://kanbanize.com/pt/gestao-lean/melhoria/o-que-e-o-ciclo-pdca/>

família *ISO 9000*, que orientam o desenvolvimento, implementação e gestão do sistema de gestão de qualidade (*SGQ*). Embora *ISO* esteja associado à abreviatura da organização a sua origem é num prefixo grego que significa “igual”.

O movimento da qualidade, em praticamente quase todo o mundo, está intimamente associado à norma *ISO 9001*. Esta estabelece os requisitos mínimos de um sistema de gestão de qualidade independentemente da atividade da organização. A certificação por esta norma evidencia a existência de um sistema de gestão orientado para o cumprimento de requisitos para a satisfação do cliente e para a melhoria contínua da sua eficácia. Funciona também como denominador comum para o tema “qualidade”, por ser utilizada em todo o mundo. Com o aparecimento destas normas e sua adaptação, o conceito de qualidade fica assim mais abrangente, caminhando-se da era do “cumprimento de especificações” para a era do “desenvolvimento sustentável”. (Branco, 2008).

A *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, coopera com as organizações, de modo, a estas melhorarem o seu desempenho através de uma auto-avaliação realizada com base no seu modelo de gestão empresarial, permitindo a monitorização da evolução/progresso da organização para a excelência (Branco, 2008). Sendo um modelo a que se recorre frequentemente para a certificação/qualificação das organizações baseando-se essencialmente no desempenho e processo.

Todas as abordagens e normas apresentadas anteriormente se referem muito à qualidade técnica dos serviços, ou seja, aos aspetos mais tangíveis dos mesmos.

## **1.2 QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

### **1.2.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS**

Com a crescente evolução dos mercados e com o facto de as economias serem impulsionadas por empresas de serviços, tem vindo a instalar-se uma filosofia centrada na satisfação do cliente na qual existe uma grande preocupação com a qualidade. Tal facto levou a um forte desenvolvimento da vertente de marketing aplicado aos serviços, focando-se na perspectiva dos clientes. Tendo este surgido com uma preocupação fundamental com a qualidade percebida, fator que o torna diferente do marketing de produtos. Outro fator diferenciador centra-se no facto de os produtos serem tangíveis enquanto que os serviços são intangíveis, tal como referem alguns autores.

Desta forma, torna-se fundamental compreender o conceito de serviços, bem como, as suas características e classificações para que melhor se consiga perceber todas as atividades que envolvem a prestação dos mesmos.

Grönroos (1994;2000), refere que pela natureza e heterogeneidade dos serviços estes podem definir-se como sendo atividades de natureza, mais ou menos intangível e que, de uma forma geral, geram interações entre o cliente e o prestador de serviços. Ainda segundo o mesmo autor, um serviço pode ser uma prestação completamente imaterial ou fazer-se acompanhar de um bem físico. Já Zeithmal e Bitner (2003), apresentam uma definição de serviço simples e generalizada, definindo-os como atos, processos e desempenhos. Jonhston e Clark (2008, citados por Lopes 2009), definem serviço como uma combinação de resultados e experiências proporcionadas ao cliente e recebidas por este. Lovelock e Wirtz (2004) refere que um serviço pode ser definido como um ato ou desempenho, frequentemente de natureza intangível que não resulta normalmente na propriedade de quaisquer fatores de produção, criando valor e benefício para o cliente.

Os serviços diferenciam-se de produtos, devido a quatro características, sendo elas (Kotler e Andreansen, 1996; Zeithaml e Bitner,2003):

- Intangibilidade – pois, a impossibilidade de testar o serviço antes da compra, torna-o significativamente mais difícil de avaliar, em comparação com um produto;
- Inseparabilidade - a produção do serviço e a sua entrega ao cliente são processos simultâneos não ocorrendo nenhuma etapa intermédia. Não podendo existir também a separação do prestador do mesmo, pois este é parte integrante do serviço;
- Heterogeneidade - os serviços por serem altamente variáveis não podem ser uniformizados, pois dependem de fatores como quando e onde é prestado o serviço, bem como quem os executa;
- Perecibilidade - os serviços são passíveis de acabar não podendo ser armazenados, para serem utilizados mais tarde.

Estas características interagem entre si, tendo grandes implicações ao nível da gestão e do marketing. Segundo Kotler e Andreansen (1996), devido às suas características os serviços necessitam de alguns cuidados específicos por parte das organizações, resultando em dificuldades de gestão. Pois, pela sua intangibilidade, torna-se necessário adicionar aos serviços evidências físicas para que a incerteza sentida pelo cliente seja reduzida. Pela sua inseparabilidade, a organização deverá compreender que todo o encontro com o cliente é “um momento de verdade”. Pela sua heterogeneidade, torna-se fundamental desenvolver um programa de formação que qualifique e forme os seus funcionários, que estão em contato direto com o cliente, padronizando o processo de prestação de serviços, bem como, a criação ou desenvolvimento de sistemas de sugestões ou reclamações que permitam avaliar a satisfação dos clientes. Pela sua perecibilidade, a implementação de estratégias que permitam a possibilidade de contrabalançar a oferta e a procura dos serviços é imprescindível.

Para além das características dos serviços, que influenciam a abordagem e estratégias dos mesmos, a sua classificação torna-se também bastante importante.

Embora haja um modo tradicional de agrupar serviços, como por exemplo, por ramo de atividades. Dentro do mesmo ramo a forma de prestação do serviço pode deferir, sendo

desta forma útil reconhecer que existem vários tipos de processos de serviço. Mesmo existindo padronização torna-se difícil que a prestação tenha o mesmo nível de desempenho.

Johston e Clark (2008, citados por Lopes 2009), classificam os serviços com base na matriz volume-variedade, em que volume se refere à quantidade de clientes e variedade ao tempo de contacto com os mesmos, ao grau de autonomia do pessoal de contacto, à customização ou grau de personalização do serviço, ao foco na capacidade/processo ou no produto e à orientação para o *front-office* ou *back-office*. Sendo que o *front-office* (suporte físico e pessoal de contacto) consiste na evidência na qualidade dos contactos com os clientes e no contexto material em que se inscreve esta relação e o *back-office* (sistema de organização interna) consiste no suporte logístico necessário à prestação do serviço por parte do pessoal de contacto. Os autores classificam os serviços em:

Serviços em massa – caracterizados por uma baixa personalização e baixo contacto com o cliente, com foco no *back-office*, sendo sujeitos à padronização. O foco deste serviço é o desenvolvimento ou fornecimento de um produto/serviço fortemente especificado (com ênfase nos equipamentos), podendo os clientes comparar uma grande variedade de serviços concorrentes. Sendo exemplos deste tipo de serviços, os transportes ou os serviços de distribuição ou lazer.

Serviços profissionais – caracterizados pela competência, experiência e conhecimento do pessoal de contacto, podendo estes serviços serem altamente especializados. Apresentam um elevado grau de contacto com os clientes, permitindo a personalização. Valorizam a inovação, possuindo uma maior complexidade o que se traduz num baixo número de clientes processados. Como por exemplo os serviços de saúde e assistência jurídica.

Lojas de serviços – caracterizam-se como um processo intermédio relativamente ao volume de clientes, ao tempo de contacto com os mesmos, à personalização e à autonomia do *front-office* e *back-office*. Pois nestes serviços existe uma crescente padronização quer do produto quer dos processos, com uma autonomia limitada do pessoal de contacto. Como é o caso dos serviços de hotelaria e restauração e agências bancárias.

Independentemente do tipo de serviço oferecido o resultado de todo o processo, incluindo a prestação, será sempre avaliado pelo cliente, avaliação esta que irá indicar se existe ou não qualidade no serviço oferecido pela organização.

### **1.2.2 QUALIDADE PERCEBIDA E SATISFAÇÃO**

A qualidade percebida tornou-se um motor de sucesso para qualquer organização, apresentando-se como um fator concorrencial decisivo e também como fator de distinção para a escolha de bens e serviços por parte dos clientes. Desta forma, as organizações começaram a compreender que a qualidade percebida do serviço pode ser transformada numa arma altamente efetiva. Facto este já referido por Berry *et al.*, (1988), que afirmaram que a qualidade percebida do serviço se tem vindo a tornar como o grande diferenciador, sendo a arma mais poderosa que as organizações possuem para competir. Cronin e Taylor (1992), referem que a qualidade percebida nos serviços apresenta um grande impacto na performance das organizações, na redução de custos, na rentabilidade e na satisfação e lealdade dos clientes. Pois, mesmo os determinantes de qualidade percebida não estando totalmente definidos em todos os contextos, a sua importância para as empresas e clientes é inegável (Parasuraman *et al.*, 1985).

Como mencionado anteriormente os serviços têm características distintas, que tornam a qualidade dos mesmos mais difícil de definir e avaliar do que a qualidade dos bens de consumo.

Para Parasuraman *et al.*, (1985), existem três aspetos que se devem ter em consideração quando se fala em qualidade percebida nos serviços:

- A qualidade percebida dos serviços é mais difícil de avaliar do que a qualidade dos bens;
- As perceções de qualidade dos serviços resultam das comparações entre as expectativas dos clientes e o desempenho do serviço;
- As avaliações da qualidade percebida não têm por base apenas o resultado do serviço, mas também consideram a avaliação do processo da prestação do mesmo.

Desta forma, a qualidade percebida tem vindo a receber uma atenção considerável nas últimas décadas embora possa ser entendida de diversas formas, sendo utilizadas diferentes terminologias, designações e modelos.

Para Parasuraman *et al.*, (1985), a qualidade percebida do serviço é considerada como um conceito vago e abstrato, devido às três principais características específicas dos serviços – intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade da produção e consumo. Considerada um constructo multidimensional, nos quais se destacam duas perspetivas a “nórdica” (Grönroos, 1984) e a “americana” (Parasuraman *et al.*, 1985;1988;1991).

Na perspetiva “nórdica” proposta por Grönroos (1984), a qualidade percebida do serviço pode ser definida como um processo de avaliação, no qual o consumidor compara as suas expectativas, qualidade esperada, com a perceção do serviço que efetivamente recebe, qualidade experimentada. Da revisão da literatura, esta definição tem sido considerada o ponto de partida da génese deste constructo. Este autor apresenta um modelo bidimensional da qualidade percebida que compreende duas dimensões, a técnica e a funcional. Neste caso a dimensão técnica, objetiva, reflete o resultado do serviço, ou seja, o que o cliente obtém do serviço, identificando cinco atributos sendo eles, a habilidade técnica dos funcionários, os seus conhecimentos, as soluções técnicas, os sistemas computadorizados e a qualidade das máquinas. Enquanto a dimensão funcional, subjetiva, representa o modo como o serviço é prestado, baseado nas perceções do cliente relativamente às interações ocorridas durante a prestação do serviço, identificando sete atributos sendo eles, o comportamento, a atitude, a acessibilidade, a aparência, o contacto com o consumidor, as relações internas e o espírito do serviço. Ou seja, a subjetividade é fundamental na definição de qualidade percebida do serviço, pois diferentes clientes reagem de modo diferente ao que parece ser o mesmo serviço, pois a perceção e padrões de qualidade que cada um tem difere. Estas dimensões, técnica e funcional, pertencem ambas à qualidade experimentada. Ainda segundo o mesmo autor, bons resultados de qualidade percebida são obtidos quando os serviços recebidos vão de encontro às expectativas dos clientes, tendo concluído também que a qualidade técnica e a funcional do serviço constroem a imagem corporativa da empresa. A perspetiva “nórdica” da qualidade do serviço foi a primeira a ser publicada na literatura académica - Imrie (2011, citado por Matias,2017).

Na perspetiva “americana” proposta por Parasuraman *et al.*, (1985;1988;1991) a avaliação da qualidade percebida do serviço resulta da diferença entre as expectativas do cliente, o que o cliente pensa que deve ser oferecido quando lhe prestam um serviço, e a perceção do desempenho do serviço recebido. Esta definição, à semelhança da anterior, baseia-se no paradigma da desconfirmação, ou seja, sugere que a qualidade percebida resulta da comparação do desempenho percebido com o esperado.

Com base no paradigma e nos resultados das suas investigações, estes autores desenvolveram o modelo SERVQUAL (o qual iremos aprofundar no ponto 1.2.3.2) afirmando que a qualidade percebida do serviço apresenta cinco dimensões, tendo sido estas sintetizadas das dez dimensões iniciais, sendo elas:

- Tangibilidade – inclusão e demonstração das evidências físicas do serviço;
- Confiabilidade – capacidade de desenvolver o serviço de forma confiável e precisa;
- Capacidade de Resposta – prontidão em ajudar o cliente e fornecer o serviço;
- Segurança – capacidade de inspirar confiança e certeza nos clientes;
- Empatia – diz respeito à educação, respeito, consideração e amabilidade para com o cliente.

Sendo estas dimensões essenciais para determinar a qualidade percebida do serviço independentemente do setor em que está inserido. Ou seja, propõem um modelo transversal a qualquer sector de serviços.

Embora não exista consenso relativamente a qual das perspetivas representa a abordagem mais adequada, a perspetiva “americana” domina a literatura, pois o seu desenvolvimento gerou uma série de estudos replicados em várias contextos, setores e países.

Embora nesta fase inicial existisse alguma controvérsia sobre a qualidade percebida do serviço, a generalidade dos autores revisados parece partilhar da premissa que a qualidade

advém da opinião dos clientes, ou seja, advém daquilo que eles definem como qualidade percebida (Saias, 2007).

Para Zeithaml (1988), a qualidade percebida resulta de um julgamento do cliente sobre a excelência global ou superioridade da organização. Cronin e Taylor (1992), defendem que a qualidade percebida deve ser encarada e avaliada como uma atitude, ou seja, uma avaliação geral do cliente sobre o serviço que lhe foi prestado. Bitner e Hubbert (1994, citados por Lopes, 2009) referem-na como uma impressão geral que o cliente possui sobre a inferioridade/superioridade da organização e dos seus serviços. Já Rust e Olivier (1994, citados por Dehanov, 2013) consideram-na como o resultado da avaliação que o cliente tem do serviço, sendo esta baseada em três dimensões, a interação cliente-prestador de serviço, o ambiente do serviço e o resultado. Cunninham *et al.* (2000, citados por Lopes 2009), pode ser definida como uma forma de atitude, mas medida como uma forma de satisfação, pois é normalmente avaliada após a compra e o consumo. Brady e Cronin (2001), adotam o modelo das três dimensões, uma vez que consideram que o ambiente do serviço afeta as percepções de qualidade do mesmo. Para Zehir *et al.* (2011, citados por Matias 2017) é uma avaliação objetiva que reflete a percepção do cliente sobre certos elementos do serviço tais como: a qualidade de interação, a qualidade do ambiente físico e a qualidade dos resultados.

Outro tema sobre o qual ainda não existe consenso é a relação existente entre a qualidade percebida do serviço e a satisfação do cliente. Sendo uma das maiores discussões da literatura sobre a satisfação, não existindo ainda um bom entendimento sobre essa relação.

O conceito de satisfação tem evoluído ao longo das últimas décadas, emergindo também ela como uma componente importante para as organizações.

Para Olivier (1980), o conceito de satisfação do cliente centra-se no paradigma da desconfirmação, em que entende a satisfação como uma avaliação positiva das diferenças entre as expectativas e a percepção do desempenho do produto ou serviço. Ou seja, o desempenho corresponde ou supera as expectativas que o cliente tinha do produto ou serviço. Definição também defendida pelos autores Zeithaml e Bitner (2000).

Porém, a satisfação provém não somente das expectativas e desejos em relação ao produto ou serviço, mas também das informações nas quais as expectativas são baseadas.

Nomeadamente, se o cliente verifica que os resultados são superiores ou iguais aos que ele esperava considerar-se-á satisfeito, caso contrário considerar-se-á insatisfeito. Sendo, a satisfação uma consequência da comparação entre as expectativas do cliente, formadas a partir da sua experiência anterior e o desempenho do produto ou serviço.

Pascoe (1983), considera que a satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva sendo estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do cliente. Critérios estes que incluem a combinação entre um serviço considerado ideal, uma noção de serviço merecido, a relação entre a experiência passada com situações similares e um nível subjetivo de qualidade de serviços a obter.

Investigações feitas nesta área sugerem uma forte relação entre os conceitos de satisfação e qualidade percebida do serviço, embora a direção desta relação não seja ainda clara – Butt e Run (2010, citados por Costa, 2015).

Relação esta defendida por Parasuraman *et al.* (1988), em que defendem que ambos os conceitos estão relacionados, mas que são distintos. Para estes autores, a qualidade percebida é entendida como uma apreciação global ou uma atitude em relação à superioridade do serviço, enquanto a satisfação se encontra relacionada com uma transação específica. Distinção que pode ser suportada pelo facto de, segundo os autores, existirem casos em que os clientes embora estejam satisfeitos com o serviço prestado, não reconheçam que a organização ofereça um serviço de qualidade.

Também Cronin e Taylor (1992) confirmam a relação entre os dois conceitos, embora afirmem que a distinção entre estes dois conceitos é fundamental. Desta forma, os autores defendem que a qualidade percebida do serviço é um antecedente da satisfação do cliente. Existindo diversos fatores, como por exemplo aparência, preço e disponibilidade, que podem influenciar a satisfação sem que a percepção dos clientes relativa à qualidade percebida do serviço seja afetada. Ou seja, para estes autores, o que mais influencia a intenção de compra é a satisfação e não a qualidade percebida do serviço.

Já Bolton e Drew (1991, citados por Costa, 2015) defendem uma perspectiva oposta considerando que um cliente satisfeito fica com boas percepções de qualidade do serviço

prestado. Defendendo desta forma que a satisfação do cliente como um antecedente de qualidade percebida do serviço. Ou seja, segundo os autores, experiências satisfatórias relativas à prestação de um serviço podem contribuir para a alteração da percepção de qualidade geral de um serviço.

Em suma, pode afirmar-se que ambos os conceitos influenciam a percepção dos clientes relativamente ao serviço.

### **1.2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA**

Nenhuma organização prescinde de avaliar o desempenho e conseqüente qualidade percebida do seu serviço, assumindo a avaliação como um importante instrumento para a melhoria contínua desse desempenho. Essa importância cada vez mais acentuada no setor de serviços caracteriza a necessidade de se delinear estratégias em relação à avaliação da qualidade percebida nos serviços prestados. Nesse sentido, ao longo do tempo, a percepção da qualidade dos serviços tem vindo a ser extensivamente estudada e várias têm sido as ferramentas propostas e desenvolvidas para medir as percepções dos clientes relativamente à qualidade dos serviços. No entanto existem dois modelos que se destacam na literatura, sendo eles o SERVQUAL e o SERVPERF. Tendo sido este último criado como alternativa ao primeiro, baseando-se apenas nas percepções dos clientes. Por este facto Cronin e Taylor (1992) defendem que o SERVPERF apresenta uma maior validade e fiabilidade, relativamente ao SERVQUAL.

Mas apesar de todas as críticas e deficiências apontadas ao modelo SERVQUAL por autores como, Cronin e Taylor (1992;1994) e Carman (1990), é indiscutível o impacto que tem no âmbito da avaliação da qualidade percebida dos serviços, sendo ele, o modelo mais amplamente aplicado em diversos setores, com resultados positivos, satisfatórios e práticos. Pois segundo Parasuraman *et al.* (1991), apesar das características específicas de cada serviço, consideram que os critérios utilizados pelos clientes para avaliar a qualidade percebida do mesmo são similares em todas eles, atestando este instrumento como passível de aplicar em qualquer contexto, independentemente do tipo de serviço. Sendo o espaço concedido na literatura aos autores que utilizam e defendem a superioridade do modelo SERVQUAL muito abundante, sendo que este modelo e as suas cinco dimensões são a base

de qualquer escala que meça a qualidade percebida do serviço, por outro lado as críticas são quase imperceptíveis.

### 1.2.3.1 MODELOS CONCEPTUAIS

Em 1985 Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolveram o modelo designado de Modelo Conceptual de Qualidade nos serviços (modelo dos Gaps), estes autores sugeriram uma medição de qualidade percebida dos serviços com base no paradigma da desconfirmação do modelo de satisfação de Oliver (1980), em que a satisfação do cliente é função da diferença entre expectativa e desempenho. Ou seja, referem que a avaliação da qualidade percebida do serviço ( $Q$ ), considerando uma qualquer dimensão ( $i$ ), é igual à diferença entre a expectativa do cliente ( $\mathcal{E}$ ) e a apreciação que este faz acerca do desempenho do serviço ( $\mathcal{D}$ ), considerando sempre uma mesma dimensão de qualidade do serviço ( $i$ ), como demonstrado na seguinte equação:

$$Q_i = D_i - \mathcal{E}_i$$

Este modelo centra-se numa abordagem estruturada em Gaps, ou diferenças entre expectativas e perceções de desempenho, que além de serem uma medida da satisfação do cliente, seriam simultaneamente uma medida da qualidade percebida do serviço em relação a dimensões específicas. Segundo Parasuraman *et al.* (1985) são cinco os Gaps identificados numa prestação de serviço (conforme descrito no quadro abaixo).

<b>Gap 1</b>	Refere-se à diferença entre as expectativas do cliente em relação ao serviço e a perceção dos gestores da empresa face a essas expectativas
<b>Gap 2</b>	Consiste na diferença entre a perceção dos gestores relativamente às expectativas do cliente e as especificações de qualidade do serviço
<b>Gap 3</b>	Exprime a diferença entre o serviço realmente prestado ao cliente e as especificações de qualidade do serviço
<b>Gap 4</b>	Considera a diferença entre o serviço prestado e a promessa feita pela empresa relativamente a esse serviço através da comunicação externa
<b>Gap 5</b>	Em função de todos os outros Gaps, este representa a diferença entre expectativa do cliente e a sua perceção do serviço

Quadro 2 - Modelos Gaps (fonte: adaptado Parasuraman *et al.* (1985))

Segundo Parasuraman *et al.* (1985), a qualidade percebida do serviço pelo cliente depende do Gap 5, sendo este influenciado pelos restantes Gaps (1 a 4) que são controlados pela empresa prestadora de serviços, tal como pode ser observado na Figura 2 que se segue.

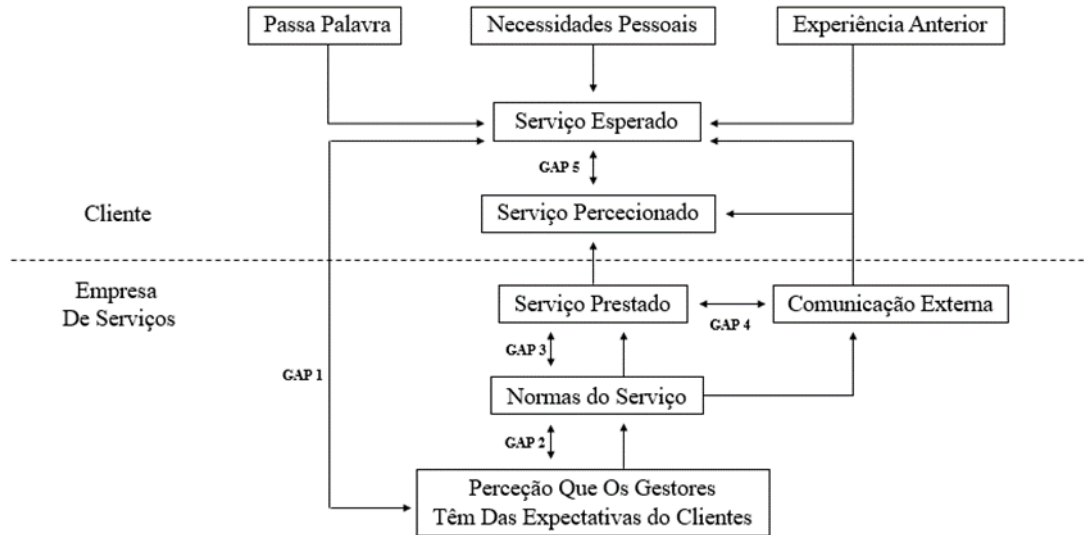


Figura 2- Esquema Gaps (fonte: adaptado de Parasuraman *et al.* (1988))

Outra afirmação da mesma autoria, prende-se com o facto de os clientes utilizarem os mesmos critérios para chegar a um julgamento sobre a qualidade percebida de um serviço prestado, independentemente do tipo de serviço em questão. Estes critérios foram generalizados em dez categorias, chamadas de determinantes da qualidade e a posteriori, dimensões da qualidade. Sendo elas, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, credibilidade, segurança, competência, comunicação, cortesia, compreensão/conhecimento do cliente e acesso.

As dimensões da qualidade percebida são consideradas por Parasuraman *et al.* (1985), como representativas dos pontos críticos na prestação de um serviço, podendo causar a discrepância entre expectativa e desempenho devendo ser minimizadas a fim de se alcançar um padrão adequado de qualidade.

O modelo de Gaps explica as influências das várias discrepâncias que ocorrem na qualidade dos serviços, dividindo-as em dois segmentos distintos: o contexto dos gestores e o contexto do cliente. No contexto dos gestores a análise de cada Gap é direccionada para a obtenção de melhorias no fornecimento dos serviços. No contexto do cliente, mostra-se

como este realiza a avaliação de qualidade através dos eventos de satisfação para cada uma das componentes que constituem as dimensões da qualidade.

### 1.2.3.2 SERVQUAL

Parasuraman *et al.* (1988), baseando-se no Modelo Conceptual de Qualidade do serviço desenvolveram um modelo ou ferramenta de nome SERVQUAL. De acordo com estes autores a qualidade percebida de um serviço pode ser concetualizada como o GAP entre aquilo que os clientes consideram que um serviço deve oferecer, as suas expectativas, e as perceções do desempenho real do serviço. Pode então concluir-se que o SERVQUAL permite medir a qualidade percebida dos serviços através da análise conjugada tanto das expectativas como das perceções dos clientes. Sendo que segundo os autores se trata de um instrumento genérico com uma boa fiabilidade, validade e extensa aplicabilidade.

Tal como se pode verificar através da Figura 3, existem quatro fatores que influenciam as expectativas dos consumidores, sendo elas, passa palavra, necessidades pessoais, experiência anterior e comunicação externa.

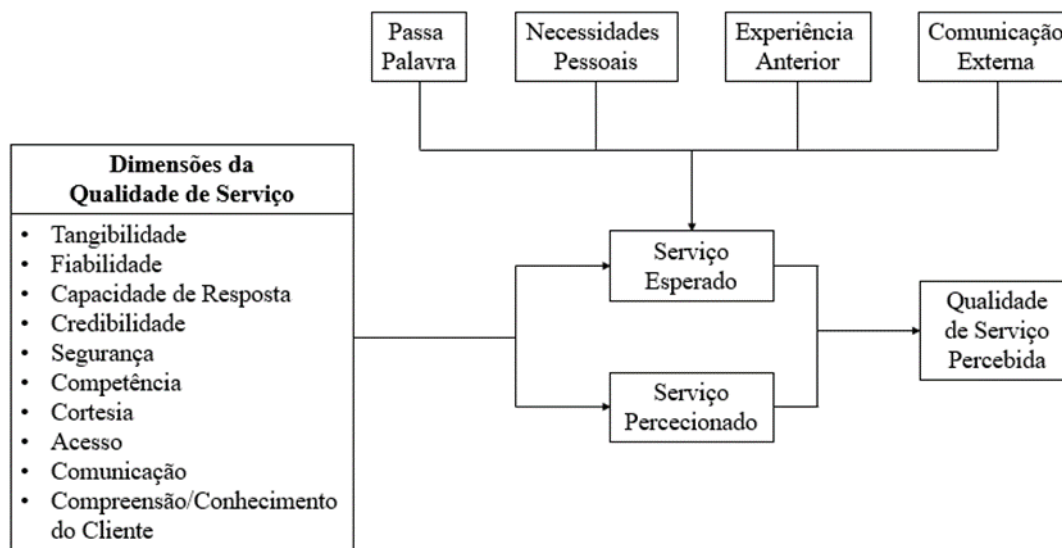


Figura 3 - Esquema SERVQUAL (fonte: adaptado de Parasuraman *et al.* (1988))

Por forma a refinar a escala Parasuraman *et al.* (1988) reduziram as dez dimensões iniciais em apenas cinco, sendo que três delas se mantiveram inalteradas, tangibilidade, fiabilidade e capacidade de resposta, e as outras sete se reagruparam em apenas duas, em

que a credibilidade, segurança, competência e cortesia passaram a ser apenas segurança e o acesso, a comunicação e a compreensão/conhecimento do cliente passaram a ser a empatia.

Em 1991 os mesmos autores refinaram a escala, ficando o modelo SERVQUAL constituído por vinte e dois itens, que compõem as cinco dimensões finais da qualidade percebida, estando dividido em duas etapas: na primeira, são medidas as expectativas dos clientes relativamente ao serviço, enquanto que na segunda, são medidas as percepções dos clientes acerca do desempenho do serviço prestado. Sendo no final feita a comparação entre as expectativas dos clientes relativamente ao serviço e as percepções do cliente relativamente a esse serviço. Em geral, as avaliações são realizadas através da utilização de um questionário que utiliza uma escala de *Likert* de sete pontos, com extremos definidos através dos conceitos “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”. Para cada item do questionário, calcula-se o Gap 5, definido pela diferença entre a percepção face ao desempenho ( $\mathcal{D}$ ) do serviço prestado e as suas expectativas ( $\mathcal{E}$ ) quanto à prestação do serviço. Permitindo avaliar o nível de qualidade ( $\mathcal{Q}$ ) percebida do serviço.

Um item que apresente um Gap negativo é indicativo de que o desempenho se encontra abaixo da expectativa, o que demonstra que o serviço prestado está a gerar um resultado insatisfatório para o cliente. Por outro lado, um item que apresente um Gap positivo indica que o prestador de serviços está a fornecer um serviço superior ao esperado, sendo um aspeto de satisfação do cliente. Para além de outros aspetos, este modelo permite:

- Avaliar a qualidade percebida do serviço no âmbito de cada uma das cinco dimensões da qualidade, medindo as pontuações obtidas nos itens correspondentes a cada dimensão;
- Fornecer uma medida geral da qualidade percebida dos serviços pela média de pontuações de todas as dimensões;
- Identificar, em vários tipos de serviços, pontos fortes e fracos das organizações, servindo de base para a melhoria contínua da qualidade percebida dos serviços prestados;

- Comparar um determinado serviço aos serviços dos concorrentes, identificando em que dimensões este é superior aos concorrentes e em que dimensões precisa ser melhorado.

Originalmente, o modelo SERVQUAL tratava as dimensões da qualidade percebida como sendo de igual importância. Parasuraman *et al.* (1994), reconheceram o problema e propuseram uma pergunta para adicionar à referida escala, em que o avaliador teria de dividir 100 pontos entre as cinco dimensões, definindo qual seria a sua importância relativa.

## Capítulo 2 – SERVIÇOS DE SAÚDE

### 2.1 CARACTERÍSTICAS

Os serviços de saúde fazem parte uma categoria de serviços vital, insubstituível, de grande transcendência e desenvolvimento, apresentando características específicas que os tornam distintos dos restantes tipos de serviço ((Berry e Bendapudi, 2007). Pois as ações em saúde não produzem bens, mas sim serviços que incluem um vasto componente de trabalho imaterial, com acentuada personalização e exigência de rapidez nas tomadas de decisão e nas ações (Serapioni, 2009).

No seu estudo Berry e Bendapudi (2007) mostram que embora os serviços de saúde apresentem as mesmas características dos restantes serviços, possuem algumas específicas do mesmo, sendo as mesmas apresentadas de seguida:

- Intangibilidade – pelo facto de os benefícios do diagnóstico, tratamento e educação do paciente derivarem essencialmente de desempenhos;
- Variabilidade – pelo facto de a performance de cada profissional de saúde ser diferente. Pois a variabilidade existe tanto ao nível do tipo de serviço de saúde, como da capacidade de comunicação do profissional, mas também ao nível das suas capacidades técnicas;
- Inseparabilidade – para que o serviço seja fornecido existe o envolvimento direto do paciente;
- Perecibilidade – estes serviços necessitam de pessoal e equipamento específico num espaço físico próprio;
- Desigualdade de conhecimento – tal como em outros serviços técnicos, os pacientes encontram-se em desvantagem de conhecimento quando utilizam um serviço de saúde;

- Dificuldade de avaliar a qualidade – devido à falta de conhecimento na área torna-se difícil para os pacientes avaliarem o serviço mesmo após a sua execução.

Apesar das semelhanças, os serviços de saúde representam um tipo de serviços especial, possuindo determinadas características que os distinguem dos restantes serviços. São serviços que apresentam um elevado grau de envolvimento do cliente no serviço prestado, tendo estes um papel preponderante nos resultados obtidos, sendo também considerados como produtores dos serviços que adquirem. Influenciando intensivamente a sua experiência pois, muitas vezes os mesmos encontram-se debilitados, sensíveis e com um grau variável de ansiedade. Sendo estas características que distinguem estes clientes dos clientes ditos tradicionais (Berry e Bendapudi, 2007). Ou seja, nos serviços de saúde o cliente encontra-se doente, relutante, tem de renunciar à sua privacidade, tem de ser visto holisticamente e corre riscos. O risco e a incerteza percebidos pelos clientes têm impacto no processo de escolha, provocando alterações nas suas necessidades de procura de informação. Sendo esta necessidade tanto maior quanto maior o grau de risco percebido – Murray (1991, citado por Fernandes, 2017).

Os serviços de saúde são um tipo de serviço muito específico, pois embora sejam absolutamente necessários existe por vezes uma resistência física e emocional por parte dos clientes na sua utilização, constituindo ao mesmo tempo o tipo de serviço mais pessoal e importante que os clientes compram Berry e Bendapudi (2007).

Nos serviços de saúde, também o pessoal de contacto possui um papel de extrema importância embora nem todos os momentos da verdade dependam dele. Pois tanto o seu aspeto físico como o próprio ambiente da organização de saúde têm influência no processo de prestação do serviço – Rodrigues (2001, citado por Mendes, 2012).

Devido à sua natureza os serviços de saúde só podem ser avaliados após a sua aquisição e durante o efetivo processo de prestação do mesmo, em que quer as variáveis pessoais do cliente quer o ambiente da organização de saúde interferem no desenvolvimento do processo e também na avaliação dos serviços prestados – Vieira (2000, citado por Mendes, 2012).

À semelhança dos outros setores também neste os clientes se encontram cada vez mais informados, procurando respostas de forma autónoma mesmo antes da prestação dos serviços, bem como pelo facto da crescente competitividade neste setor, as organizações de saúde devem estar atentas tanto a estes aspetos como às restantes alterações, aproveitando oportunidades de melhoria.

## **2.2 SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA**

As características e especificidades descritas anteriormente estão também presentes no serviço de oftalmologia, sendo este o serviço de saúde no qual irá incidir o presente estudo, desta forma importa falar da importância do mesmo para a sociedade.

Como referido pela Organização Mundial de Saúde (*OMS*) (2016 citado por Plano Nacional da Saúde da Visão, 2016), os défices visuais corrigíveis, quando não diagnosticados atempadamente, constituem um importante problema de saúde pública. Pois o sentido da visão possui um elevado significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a sua atividade profissional. Sendo fundamental pela sua contribuição para a aprendizagem, uso de instrumentos e ferramentas, mobilidade e por fim, qualidade de vida. Desta forma a sua manutenção é uma condição necessária para o desenvolvimento de um país, pois a saúde visual é fundamental para o bem-estar e atividade económica de um país.

Tendo em conta estes fatores, a função visual deve ser preservada desde o nascimento, pois as patologias congénitas quando não diagnosticadas precocemente têm sérias repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança e em toda a sua vida futura, sendo imperativo prevenir e tratar a doença visual. Mostrando a importância vital dos cuidados de saúde oftalmológicos.

A oftalmologia não é indiferente aos avanços tecnológicos dos dias de hoje, beneficiando dos mesmos no que diz respeito a novas técnicas, materiais, medicamentos e exames, proporcionando desta forma melhores tratamentos, prevenindo ou curando certas patologias e criando melhores condições para uma assistência eficaz.

Os cuidados de saúde oftalmológicos apresentam características próprias que importa realçar, diferenciando-se assim de outras especialidades, pelo facto de necessitarem de instrumentação e diferenciação tecnológica avançadas para um diagnóstico inicial correto, uma associação frequente de patologias oftálmicas com patologia não-oftálmica, a associação de muitas patologias oftalmológicas com idades extremas, como a infância ou a terceira idade, e pelo facto de que um diagnóstico tardio, um tratamento incorreto, com poucas exceções, conduz à cegueira e não à morte.

Assim sendo, a missão dos serviços de oftalmologia é fornecer cuidados de saúde relacionados com a prevenção, diagnóstico, avaliação, terapêutica e investigação das patologias oftalmológicas. Tendo como modelo organizativo recomendado, a divisão em três grupos que se distinguem entre si pela complexidade de resposta oferecida à população, e também por razões de distribuição geográfica e populacional, começando o primeiro grupo com os cuidados de visão mais básicos e os dois outros grupos com cuidados mais complexos. Ou seja, quanto maior a população abrangida maior a complexidade de cuidados oferecidos.

Tal como afirma a Direção Geral de Saúde (2010), a sociedade exige das instituições de saúde e dos seus prestadores clareza de procedimentos e responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde, com clara adesão à melhoria continua da qualidade, à satisfação do doente, à implementação de uma política de gestão de risco, nomeadamente, ignorando o atraso no diagnóstico e no tratamento em patologias sensíveis ao tempo. E tendo em conta que com o crescimento e envelhecimento da população a procura por estes serviços tem aumentado, a avaliação da qualidade percebida dos mesmo torna-se fundamental.

## **2.3 QUALIDADE PERCEBIDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

A importância da qualidade percebida é um assunto transversal a todos os setores de atividade, sendo que nos últimos anos se tornou uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. O crescente interesse pela qualidade percebida nos serviços de saúde está relacionado com o aumento de informação por parte dos clientes, pelo aumento da esperança média de vida, pela expectativa de uma melhor qualidade de vida em resultado

das evoluções tecnológicas e da melhoria nas condições de atendimento nas diversas organizações de saúde.

Desta forma, também nos serviços de saúde a qualidade percebida se assume como um fator primordial para as organizações de saúde, sendo também uma condição de sucesso para as mesmas estando integrada num processo de melhoria contínua na prestação dos cuidados de saúde (Brown *et al.*, 1993).

Trata-se de um tema vasto que abrange um conjunto de vários significados e que tem evoluído com as mudanças organizacionais e culturais implícitas no próprio sistema de saúde (Miranda, 2010).

A preocupação com a qualidade percebida embora seja bastante utilizada no meio industrial e dos serviços, a sua aplicação ao setor dos cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez maior expressão. Sendo também neste setor considerada como um componente estratégico na maioria dos países, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adotado (Serapioni, 2009). Embora haja um crescente interesse no tema nos últimos anos, o conceito de qualidade percebida em saúde representa um desafio, não se tendo ainda chegado a um acordo sobre uma definição apropriada e compartilhada (Serapioni, 2009). No Quadro 3 apresentam-se algumas definições de qualidade percebida em saúde.

<b>Autor</b>	<b>Definição</b>
Donabedian (1980)	Tipo de prestação de cuidados na qual se maximiza uma ação abrangente de bem-estar do cliente, após se ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas em todas as fases do processo
OMS (1983)	Articulação de quatro elementos, sendo eles, o desempenho profissional, eficiência no uso de recursos, gestão de risco e o índice de satisfação do doente
Gröonros (1984)	Entendida como uma extensão da missão da organização, possuindo uma dimensão técnica referente à aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos e uma dimensão

	interpessoal referente à relação que se estabelece entre o prestador do serviço e o cliente
<i>OMS</i> (2000)	Nível de realização das metas intrínsecas dos sistemas de saúde para melhoria da mesma em correspondência com as expectativas legítimas da população
<i>Institute of medicine</i> (citado por Kohn <i>et al.</i> ,2000)	Refere-se ao grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento profissional corrente
Biscaia (2000, citado por Tinoco, 2013)	Assegurar em tempo útil, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde serem efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos
Campos <i>et al.</i> , (2010)	Adota a definição criada pelo Programa Ibérico, em 1990, em que a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um bom nível profissional, tendo em conta os recursos disponíveis conseguindo a adesão e satisfação dos clientes. Implicando, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão com o melhor desempenho possível

Quadro 3 - Definições Qualidade Percebida em Saúde (fonte: elaboração própria)

Segundo Donabedian (1980) a qualidade percebida em saúde é entendida em três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica corresponde à aplicação, atualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do cliente. A interpessoal refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o cliente. E a ambiental diz respeito às comodidades, como o conforto e o bem-estar oferecidos ao cliente. A definição defendida pelo *Institute of Medicine (IOM)* concentra uma ideia global de qualidade em saúde, em que envolve a relação direta entre os prestadores e os clientes, na medida em que o serviço se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe. Para os autores Pisco e Biscaia (2001), a qualidade percebida em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, seja ele cliente, prestador de

cuidados ou gestor. Para o cliente a acessibilidade, os aspetos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde são mais importantes do que a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência como estes são para o gestor. Assim como a obtenção dos resultados clínicos é o fator mais relevante para o prestador e não para os restantes, tornando assim a questão da qualidade percebida em saúde difícil de abordar (Pisco e Biscaia, 2001). Estas três perspetivas quando integradas contemplam uma visão global da qualidade percebida de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação de processos. No entender de Campos *et al.*, (2010) a definição do Programa Ibérico é uma das mais completas.

A qualidade percebida parece emergir de forma independente das características das organizações de saúde, do volume de serviços prestados, da sua capacidade tecnológica ou dos restantes recursos disponíveis para a prestação dos cuidados de saúde (Miranda, 2010). Ainda segundo o mesmo autor, a organização de saúde deve ter uma missão claramente definida e, perceber se os seus serviços satisfazem as necessidades dos clientes. A qualidade percebida aplica-se de forma transversal nos serviços de saúde, desde o ato de atendimento, primeiro contacto com a organização, aos restantes atos praticados por todos os outros profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos ou auxiliares de ação médica até à qualidade dos equipamentos e a sua performance.

Tendo em conta a perspetiva dos profissionais de saúde, a qualidade técnica tem sido operacionalizada de acordo com três conceitos:

- Estrutura – conhecimento, competências e recursos dos profissionais de saúde para diagnosticar e tratar os diferentes clientes corretamente;
- Processo – aplicação correta dos diagnósticos e intervenções terapêuticas;
- Resultado – verificar se os recursos técnicos e profissionais utilizados no diagnóstico e tratamento produzem o efeito desejado.

Embora a qualidade técnica seja priorizada pelos profissionais de saúde, não é a mais útil para demonstrar a forma como os clientes avaliam os serviços de saúde (Bower, 1994 citado por Yesilada e Direktor (2010). Tal facto deve-se à falta por parte da maioria dos clientes de conhecimento técnico necessário para avaliar a qualidade do diagnóstico ou

intervenção terapêutica realizada e, ainda, ao facto de muitas vezes essa avaliação não ser partilhada com os clientes Yesilada e Direktor (2010).

Desta forma os clientes avaliam a qualidade percebida dos serviços de saúde com base em fatores interpessoais e relativos ao meio como, por exemplo, instalações físicas, interação com os administrativos ou brochuras disponíveis, que sempre foram considerados como meios importantes pelos profissionais de saúde (Donabedian, 2005; Yesilada e Direktor, 2010). Assim, os clientes por falta de capacidade de avaliação da qualidade técnica, baseiam a sua avaliação de qualidade nos serviços de saúde na qualidade funcional (Zarei *et al.*, 2012).

Donabedian (2005), definiu sete dimensões que caracterizam a complexidade da qualidade percebida nos cuidados de saúde e que serão ilustradas no quadro abaixo.

<b>Dimensão</b>	<b>Definição</b>
Eficácia	Capacidade de os cuidados contribuírem para a melhoria do estado de saúde
Efetividade	Quantidade de melhorias possíveis nas condições de saúde que são de facto obtidas
Eficiência	Capacidade de obter o maior número de melhorias ao menor custo
Aceitabilidade	Conformidade com as preferências dos utentes no âmbito da acessibilidade, relação médico-utente, sensação de bem-estar, efeitos e custos dos cuidados
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais
Otimização	Relação mais favorável entre os benefícios e os custos
Equidade	Igualdade da distribuição dos cuidados e os seus efeitos sobre a qualidade

*Quadro 4 - Dimensões da Qualidade Percebida em Saúde (fonte: elaboração própria)*

Em suma, a qualidade percebida em saúde deve ser entendida como o produto final, na qual atuam diversos intervenientes, com diversos níveis de formação, contribuindo todos eles para o resultado final.

Importa desta forma perceber então quais as dimensões que influenciam as expectativas e avaliações das perceções face à qualidade percebida nos cuidados de saúde.

Em 2001, o *IOM* indica seis dimensões de qualidade percebida nas quais se incluem a efetividade e a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no cliente (Berwick, 2002). Outros autores caracterizam a qualidade percebida nos serviços de saúde através de dimensões como a performance técnica, a gestão das relações interpessoais, as condições da prestação de cuidados, a resposta às preferências dos clientes, a eficiência e a eficácia (Ransom, 2008).

Ramsarn-Fowdar (2005), defende a utilização de sete dimensões para o estudo da qualidade percebida dos serviços de saúde, sendo elas, confiança, capacidade de resposta, segurança, empatia, aspetos tangíveis, aspetos médicos do serviço, profissionalismo e competência.

No estudo de Legido-Quigley *et al.* (2008) as dimensões de qualidade percebida em saúde mais referidas nos diversos estudos sobre o tema, sendo estas apresentadas de seguida por ordem decrescente de frequência, são: eficácia, eficiência, acesso, segurança, equidade, aptidão, prontidão, aceitabilidade, responsabilização do cliente, satisfação, melhoria do estado de saúde e continuidade dos cuidados de saúde. Os mesmos autores citando Maxwell (1992) e Witter e Ensor (1997), referem que eficácia é a amplitude em que a intervenção em questão produz o efeito pretendido. Já a eficiência refere-se a extensão em que os objetivos são atingidos, minimizando os recursos utilizados – *OMS* (2000, citada por Legido-Quigley *et al.* 2008). O acesso refere-se ao facto de uma população conseguir recorrer aos serviços de saúde caso necessite - *OMS Regional Office for Europe* (1998, citado por Legido-Quigley *et al.* 2008). Para Legido-Quigley *et al.* (2008), a segurança refere-se à redução de risco para o paciente. Os mesmos autores referem que equidade é diferente de igualdade, embora seja frequentemente confundida. A equidade implica imparcialidade, pois alguns clientes poderão receber mais cuidados do que outros, dependendo das circunstâncias ou das suas necessidades particulares. Ainda segundo os mesmos autores as seguintes dimensões referem-se à extensão em que os cuidados de saúde vão de encontro às necessidades médicas e sociais dos clientes. Assim, a aptidão refere-se à medida em que o tratamento corresponde às necessidades dos clientes. A prontidão refere-se ao facto de o cliente receber o tratamento num intervalo de tempo razoável. A aceitabilidade é a medida em que o tratamento é prestado

com humanidade e consideração. A responsabilização do cliente, refere-se ao facto de se ter em consideração as preferências e valores individuais quer dos clientes quer da sociedade. A satisfação relaciona-se com a medida em que o tratamento e a melhoria do estado de saúde do cliente vai de encontro às suas expectativas. E, a continuidade dos cuidados de saúde refere-se ao acompanhamento do cliente em todo o processo de prestação dos cuidados. Legido-Quigley *et al.* (2008), concluíram assim que a escolha das dimensões para medir a qualidade percebida dos cuidados de saúde é crítica, e a sua escolha tem influência nas políticas de cuidados de saúde que a organização irá adotar.

Sendo a qualidade percebida uma forte vantagem competitiva (Berry *et al.*, 1988), e considerando a intensa concorrência que começa a ser verificada no mercado de saúde privada, a preocupação com o aperfeiçoamento dos serviços oferecidos é uma necessidade básica para qualquer organização.

Devido á especificidade técnica do setor, a avaliação da qualidade real do serviço pelos clientes é extremamente difícil, mesmo após a sua experimentação (Berry e Bendapudi, 2003). Embora a criação de valor durante a prestação de serviços de saúde também inclua elementos tangíveis, centra-se maioritariamente em elementos intangíveis, como os conhecimentos técnicos dos prestadores (Lovelock e Wirtz, 2004).

Para Donabedian (2005), a qualidade percebida dos cuidados de saúde visa maximizar o bem-estar dos clientes e também equacionar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham todo o processo de cuidados, em todas as suas componentes. Tendo definido como pilares para a avaliação da qualidade percebida em saúde os seguintes elementos:

- Estrutura – características do ambiente envolvente onde o serviço é prestado;
- Processo – ações realizadas para receber e prestar cuidados de saúde;
- Resultado – efeitos dos cuidados prestados no estado saúde do cliente.

Devendo todas as organizações preocupar-se e questionar-se sobre a imagem que desejam transparecer para o seu público-alvo e, posteriormente, garantir que todo o seu

capital humano e infraestruturas transmitam essa mesma imagem a todo e qualquer momento (Berry e Bendapudi, 2003).

Após a revisão da literatura é possível constatar que no domínio das organizações de saúde são vários os estudos desenvolvidos que utilizam o modelo SERVQUAL e SERVPERF com contributos significativos. Tal facto foi também verificado nos estudos de Miranda (2010), Tinoco (2013) e Costa (2015). Os autores verificaram que o modelo SERVQUAL apresenta uma maior aplicabilidade apesar de todas as críticas apontadas e embora lhe sejam reconhecidas falhas, a sua validade é garantida.

Embora já existam modelos desenvolvidos e mais específicos para a área de saúde, o modelo SERVQUAL e as suas cinco dimensões são a base de qualquer escala que meça a qualidade percebida do serviço. Sendo importante não esquecer que os itens das escalas devem ser sempre avaliados de acordo com as características dos serviços em causa e, que quanto maior o número de dimensões maior a fiabilidade da escala (Miranda, 2010).

Facto também constatado por Hercos e Berezovsky (2006) no seu estudo num serviço de oftalmologia, em que os dados obtidos mostraram que a escala SERVQUAL adaptada apresentou um adequado índice de consistência interna, tendo os autores concluído que esta metodologia é perfeitamente aplicável nas organizações de saúde.

Desta forma, pode então concluir-se que é necessário fazer adaptações a qualquer um dos modelos a utilizar, por forma a avaliar com rigor as características específicas de cada área em estudo consoante os objetivos do mesmo, adaptando-os sempre à natureza do serviço a ser avaliado.

## **Parte II - PARTE PRÁTICA**

## Capítulo 3 – CASO PRÁTICO – CLÍNICAS LEITE

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Com duas décadas de existência e composta por duas unidades, situando-se uma em Lisboa, sobre a qual incidira o estudo, e outra em Coimbra. As Clínicas Leite<sup>2</sup> pretendem distinguir-se das demais pelo conceito de disponibilização de um serviço global numa única visita, pois para além da consulta, o cliente poderá realizar os seus exames complementares de diagnóstico e efetuar os tratamentos médico-cirúrgicos ou de laser necessários à sua condição oftalmológica, obtendo toda a informação/tratamento numa única deslocação à clínica.

Foram pioneiras, em Portugal, na introdução da cirurgia for *Laser Eximer (PKR e LASIK)*, na cirurgia laser da catarata e em produtos com lentes intra-oculares difractivas ou viscoelásticas de alta densidade, assim como em equipamentos de topo, como o *OCTA – Angiografia Tomográfica de Coerência Ótica* e o laser *E-eye* (olho seco).

O mentor das Clínicas Leite é uma referência na área de oftalmologia a nível internacional, tendo sido apelidado de “pai” da cirurgia a Laser em Portugal. Tendo também dado o seu contributo a vários estudos científicos e coordenado projetos europeus de oftalmologia, tendo também participado como investigador em múltiplos projetos de desenvolvimento de instrumentação para oftalmologia. Patenteou a nível europeu e mundial um novo método de libertação progressiva de fármacos em lentes intraoculares. Vencedor de vários prémios nacionais e internacionais pela sua atividade de investigação, em áreas diferenciadas como a cirurgia implanto-refrativa, cirurgia refrativa, terapêuticas médicas para a retinopatia diabética ou na patologia de degenerescência relacionada com a idade bem como no desenvolvimento de instrumentação oftalmológica. Encontrando-se também a lecionar na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

---

<sup>2</sup> Mais informação disponível em <http://clinicasleite.pt/>

Atualmente, para além da área oftalmológica, oferecem serviços em muitas outras especialidades clínicas, tais como, medicina geral e familiar, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica, medicina estética, medicina dentária, psiquiatria, psicologia avaliação e intervenção em dificuldades de aprendizagem, fisioterapia, análises clínicas e acupuntura.

As Clínicas Leite apresentam como missão, a satisfação máxima dos seus clientes, através da prestação de cuidados de saúde pautados por elevados padrões de qualidade, inovação e de relacionamento humano, tendo como pilar a melhoria contínua de todos os serviços prestados. Como visão, o objetivo serem uma referência na área da saúde privada, fornecendo serviços de excelência e perspetivando o seu crescimento a outras especialidades clínicas que se destaquem pela sua inovação. E como valores, a qualidade, inovação, experiência, relacionamento com o doente, responsabilidade social e equipa de trabalho.

Apresentando um corpo clínico é composto por médicos oftalmologistas, anestesiologistas e cardiologistas, e ainda ortoptistas e enfermeiros, todos com reconhecidas provas dadas na área dos cuidados de saúde. O corpo técnico é composto por elementos da área administrativa, financeira, logística, tecnologias de informação, comunicação e imagem, manutenção e higienização. Oferecendo uma vasta gama de serviços de Oftalmologia aos seus clientes, estando os mesmos descritos no quadro abaixo:

<b>Consultas</b>	Geral; Implanto-Refrativa; Refrativa; Neuro-Oftalmologia; Glaucoma; Estrabismo; Óculo-Plástica; Retina Médica; Retina Cirúrgica; Contactologia; Oftalmologia Pediátrica.
<b>Microcirurgia Ocular</b>	Implanto-Refrativa; Glaucoma; Estrabismo; Refrativa (LIO's Fáquicas); Óculo-Plástica; Córnea; Laser Refrativo; Retina Cirúrgica.
<b>Exames Complementares de Diagnóstico</b>	Angiografia Fluoresceínica Digital; Avaliação dos Campos Visuais; Avaliação Sensorio-Motora; Biometria; Cordimetria Hess Lancaster; Ecografia A+B; Microscopia Especular; Tomografia de Coerência Ótica (OCT); Angiografia Tomográfica de Coerência Ótica; Paquimetria; Retinografia Digital; Teste de Estereopsia; Teste de Farnsworth 100HUE; Teste de Hemoglobina Glicada A1c; Teste das Placas Pseudocromáticas HRR; Topografia da Córnea.

<b>Tratamentos por Laser</b>	Laser Argon; Laser YAG; Laser E-Eye (olho seco)
------------------------------	---

*Quadro 5 - Serviço de Oftalmologia Clínicas Leite (fonte: elaboração própria)*

O crescimento da empresa criou a necessidade de recorrer a assessorias na área de Gestão Empresarial e Jurídica, procurando uma orientação no mundo empresarial em que se inserem, e nos quais diariamente se destacam assegurando o cumprimento legal de todos os procedimentos associados ao exercício da sua atividade e garantindo que os serviços aos seus clientes, fornecedores e parceiros se realizam de acordo com os requisitos legais em vigor. Na área da comunicação e imagem as clínicas procuram uniformizar a sua imagem institucional, quer a nível interno quer externo, criando canais de comunicação para melhor transmitir os seus valores e a sua filosofia de trabalho, ao mesmo tempo que apostam em parcerias que lhes permitam criar mais-valias junto de outras entidades.

Certificados pela Norma *ISO 9001*, que se baseia o Sistema de Gestão de Qualidade implementado na clínica. Distinguidos pela Associação Portuguesa de Ética Empresarial, pela *IAPMEI* como empresa líder e de excelência, pela Ordem dos Psicólogos e com uma menção honrosa da *CWII – Corporate Wellness International Institute* na promoção de equipas de trabalho saudáveis.

Desde a sua fundação que as Clínicas Leite se preocupam com a comunidade onde estão inseridas e com o ambiente onde operam, reconhecendo que a sustentabilidade é um trabalho contínuo entre empresas e sociedade. Apresentando assim parcerias com várias instituições, nomeadamente a *ACREDITAR*, a *ONGD atlas*, associação *Grace* e *ACAPO*. Para além destas parcerias a clínica aposta na sensibilização e consciencialização para os problemas oftalmológicos, através da realização de rastreios gratuitos e organização de palestras pedagógicas.

### **3.2 APLICAÇÃO DO MODELO**

Tal como já referido anteriormente, este estudo centra-se na perceção dos clientes, deste modo, tendo em conta os objetivos anteriormente descritos, este estudo assumirá um carácter exploratório, transversal, baseado numa abordagem metodológica quantitativa. Tendo em conta que a análise dos dados incidirá sobre o conteúdo de um questionário (ponto

3.2.1). Segundo Charoux (2006), uma pesquisa exploratória permite formular diagnósticos sobre determinado fenómeno ou processo, explorando todas as dimensões possíveis do problema. Numa investigação de cariz quantitativo, o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com recursos a técnicas estatísticas (Fortin, 2009). Um estudo transversal, é um estudo que analisa a realidade, num determinado momento (Fortin, 2009). Segundo (Fortin, 2009), o questionário corresponde a um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas podem ser colhidas de uma forma rigorosa. Sendo um instrumento de recolha de dados que tem por objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Para o presente estudo a população-alvo é constituída pelos clientes do serviço de Oftalmologia das Clínicas Leites (unidade de Lisboa), com idade igual ou superior a 18 anos, que se deslocaram à clínica para a realização de consulta/exame/tratamento no período de 30 de maio a 30 de junho de 2019. Optou por se analisar apenas a unidade de Lisboa, por esta ser a unidade principal e na qual se realizam a grande maioria dos tratamentos/exames.

A técnica de amostragem utilizada para a recolha de dados para o presente estudo, foi o método não probabilístico por conveniência. Esta opção foi considerada por várias razões, nomeadamente, pela orgânica de funcionamento do próprio serviço e pelo facto de que embora exista uma lista de marcações, a lista de clientes aos quais teria de se entregar o questionário, gerada de forma aleatória com base nas marcações para determinado dia, poderia incluir clientes que não compareciam e outros que se recusavam a responder ao questionário, existindo uma forte probabilidade de que no curto espaço de tempo disponível e destinado para a recolha dos dados, não fosse possível obter uma amostra com as dimensões mínimas para a realização do estudo.

A recolha de dados foi presencial durante o período de funcionamento da clínica (das 9:00h às 18:00h). Os questionários foram entregues aos clientes no final de todo o processo (após o contacto com o serviço). De modo a garantir uma maior representatividade da amostra, o questionário foi aplicado em diferentes dias da semana e a diferentes horas. Os questionários eram respondidos numa sala designada para o efeito e no final do seu

preenchimento eram colocados numa caixa destinada ao efeito, de modo, a manter a confidencialidade e o anonimato dos participantes. De modo a evitar constrangimentos e influenciar resultados apenas ficava o cliente na sala enquanto respondia ao questionário.

Os critérios de inclusão para a amostra em estudo foram, os clientes que se deslocaram ao serviço de oftalmologia das Clínicas Leite (unidade de Lisboa) para a realização de consulta/exame/tratamento no período acima indicado.

No total foram recolhidos 111 questionários, sendo que 3 dos quais foram rejeitados por mau preenchimento. Ficando a amostra final composta por 108 questionários válidos, permitindo a continuado do estudo.

### **3.2.1 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

A construção do questionário a ser utilizado teve por base a revisão da literatura realizada, sendo que a pesquisa bibliográfica anteriormente resumida revelou a existência de diversas escalas de mensuração da qualidade percebida, algumas delas específicas para serviços de saúde. Mas como já referido anteriormente, para o presente estudo optou por se utilizar a escala do modelo SERVQUAL levemente adaptada e traduzida (Apêndice 1 - ). Tendo a tradução sido revisada por especialista linguístico e a adaptação efetuada do instrumento original pretende contextualizar as questões para o serviço de oftalmologia. Esta adaptação da escala SERVQUAL não constitui nenhum problema metodológico pois, segundo os autores da escala, a metodologia da mesma embora organizada e com um esquema definido, pode ser alterada visando atender ao tipo de serviço que se quer avaliar (Parasuraman *et al.*, 1988). Sendo que as alterações feitas ao instrumento original foram muito reduzidas. Deste modo, para a adaptação e construção do questionário e dos seus respetivos itens, foi tida em conta a experiência profissional da investigadora, técnica de Ortóptica, bem como os seguintes modelos, SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988;1991) e a Proposta de avaliação da qualidade dos serviços de oftalmologia (Hercos e Berezovsky, 2006).

No decorrer da tradução e adaptação do questionário, foi feito um controlo no que toca à linguagem utilizada, bem como, à construção dos itens. Pois, embora alguns autores defendam que num questionário se deve incluir afirmações com conotação positiva e

negativa (Ghiglione e Matalon, 1993), outros defendem que esta mistura é causadora de confusão e frustração nos respondentes (Parasuraman *et al.* 1991). De modo a evitar tal situação, optou por se escrever todos os itens com conotação positiva, tornando a sua interpretação mais simples e livre de dúvida. Houve também um cuidado no sentido de desenvolver itens com uma linguagem simples, objetiva e neutra, tentando assim evitar ambiguidades, indefinições ou indução de resposta.

O questionário encontra-se assim dividido em três partes. Na primeira, foi construído num formato de duas colunas alinhadas lado a lado com vinte e dois itens em que, uma coluna avalia as expectativas em relação ao serviço e a outra coluna avalia as percepções dos clientes, neste caso relativamente ao serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite. Esta avaliação é feita com recurso a uma escala de resposta do tipo *likert* de sete pontos, que varia entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”, seguindo a ordem habitual de grandeza, possibilitando deste modo uma maior possibilidade de apreciação e pontuação.

A qualidade percebida do serviço é depois medida em função da diferença entre a percepção e a expectativa dos clientes. Tal como consta na teoria, os vinte e dois itens agrupam-se da seguinte forma, em função das cinco dimensões da qualidade percebida definidos abaixo:

<b>Dimensões</b>	<b>Objetivos principais a avaliar</b>	<b>Itens do questionário</b>
<b>Tangibilidade</b>	Aparência das instalações físicas, dos equipamentos (tecnologia existente) e dos colaboradores.	1; 2; 3; 4
<b>Fiabilidade</b>	Capacidade para efetuar o serviço prometido de forma confiável e precisa;	5; 6; 7; 8; 9
<b>Capacidade de resposta</b>	Vontade de ajudar os clientes e prestar o serviço prontamente;	10; 11; 12; 13
<b>Segurança</b>	Conhecimento (competência), cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança;	14; 15; 16; 17
<b>Empatia</b>	Atenção aos clientes; Atendimento das necessidades específicas dos clientes; atendimento personalizado; interesse pelo cliente.	18; 19; 20; 21; 22

Quadro 6 - Distribuição das Dimensões no Questionário (fonte: elaboração própria)

A segunda parte do questionário consiste num conjunto de afirmações de âmbito geral que têm como objetivo determinar qual a avaliação global dos clientes relativamente à qualidade e satisfação com o serviço prestado. A escala utilizada nestas duas afirmações é semelhante à supramencionada neste ponto.

A terceira parte diz respeito a um conjunto de questões de resposta fechada, que visa recolher informações sobre os clientes para que seja possível traçar um perfil sociodemográfico da amostra em estudo - género, idade e habilitações literárias.

Com o objetivo de garantir que os clientes não fiquem constrangidos em responder ao questionário, foi colocada uma observação inicial salientando tratar-se de uma investigação da Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal, e que seria garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Antes da recolha de dados, foi realizado um pré-teste, com o objetivo de apurar itens mal formulados, ambiguidades, tempo médio de resposta, entre outros. As alterações necessárias foram feitas, obtendo-se assim a versão final do questionário a aplicar (Apêndice 2 - ). Tanto a versão do pré-teste como a versão final foram sujeitas a uma análise por parte da equipa do serviço de oftalmologia das Clínicas Leite. Após aprovação final o questionário foi então aplicado aos clientes.

### **3.3 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS**

O tratamento dos dados foi feito com recurso a diferentes técnicas estatísticas, utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 25.

Inicialmente, procedeu-se à caracterização das variáveis em termos de medidas de estatística descritiva. Para as variáveis qualitativas - género, habilitações literárias, primeira vez na clínica- calcularam-se as frequências absolutas e as frequências relativas, enquanto que para as variáveis quantitativas - idade, índices de perceção de qualidade e satisfação do serviço - determinou-se o valor mínimo, o valor máximo, a mediana, a média e o desvio padrão.

A consistência interna da escala, bem como, das dimensões da qualidade percebida foi averiguada com base no coeficiente *Alfa de Cronbach*, tendo-se igualmente determinado as correlações entre as dimensões através do coeficiente de correlação ordinal de *Spearman*.

O estudo da influencia do género e da primeira vez na clínica nas dimensões da qualidade percebida foi efetuado através do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Para analisar a relação entre as dimensões e a idade e as habilitações literárias foi utilizado o coeficiente de correlação ordinal de *Spearman*. A normalidade das distribuições foi previamente testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*.

O nível de significância ( $\alpha$ ) considerado neste estudo foi de *0,05*, de forma a validar a análise dos dados a obter.

## Capítulo 4 – APRECIÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS OBTIDOS

Tal como já foi referido anteriormente, o questionário foi aplicado a 108 clientes que se deslocaram ao serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite.

Após a análise dos dados recolhidos através do programa *SPSS*, utilizando os testes estatísticos pertinentes descritos no ponto anterior, foram obtidos os resultados que de seguida serão descritos.

Em primeiro lugar executou-se uma recodificação da variável Idade de modo a torná-la mais homogénea e, desta forma facilitar a análise dos dados. Foi então recodificada em sete faixas etárias: de 18 a 27 anos, de 28 a 37 anos, de 38 a 47 anos, de 48 a 57 anos, de 58 a 67 anos, de 68 a 77 anos e mais de 78 anos.

Após a recodificação executou-se a caracterização da amostra em estudo por género, idade, habilitações literárias e se era ou não a primeira vez que utilizava os serviços da clínica.

Da amostra de 108 clientes verificamos que 69 inquiridos, correspondentes a 64% da amostra, são do género feminino e 39, correspondem a 36%, são do género masculino, tal como se pode visualizar através do gráfico abaixo.

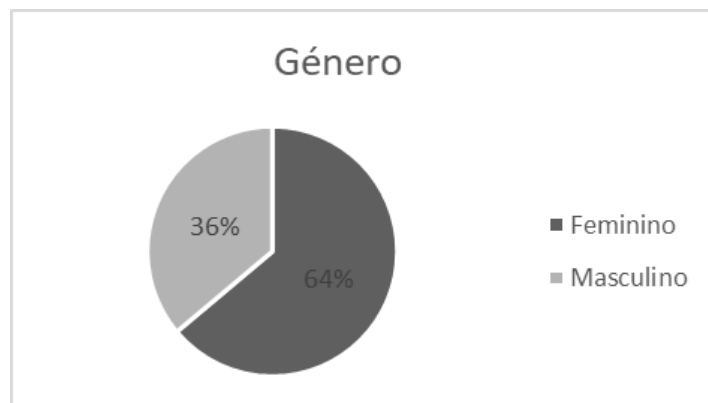


Gráfico 1 - Distribuição Género (fonte: elaboração própria)

As idades dos indivíduos estão compreendidas entre os 19 e os 90 anos, numa média de idades de 53,92 anos, com um desvio padrão (mede a dispersão dos valores individuais em torno da média) de 15,55. Pelo Gráfico 2, podemos observar que a grande maioria dos inquiridos se situa nas faixas etárias dos 38-47 (26 inquiridos), 48-57 (22 inquiridos) e 58-67 (22 inquiridos), sendo os restantes distribuídos pelas outras faixas etárias.

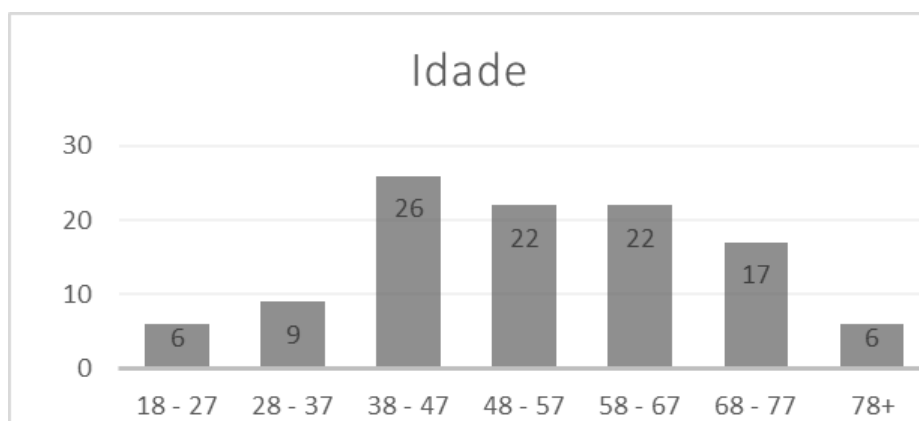


Gráfico 2 - Distribuição Faixas Etárias (fonte: elaboração própria)

Relativamente às habilitações literárias dos inquiridos verifica-se uma predominância de indivíduos que possuem o 12º ano, correspondendo a 41 inquiridos seguida de indivíduos com Licenciatura, 30 inquiridos. Os restantes estão distribuídos pelas outras habilitações literárias, como podemos observar no gráfico abaixo.

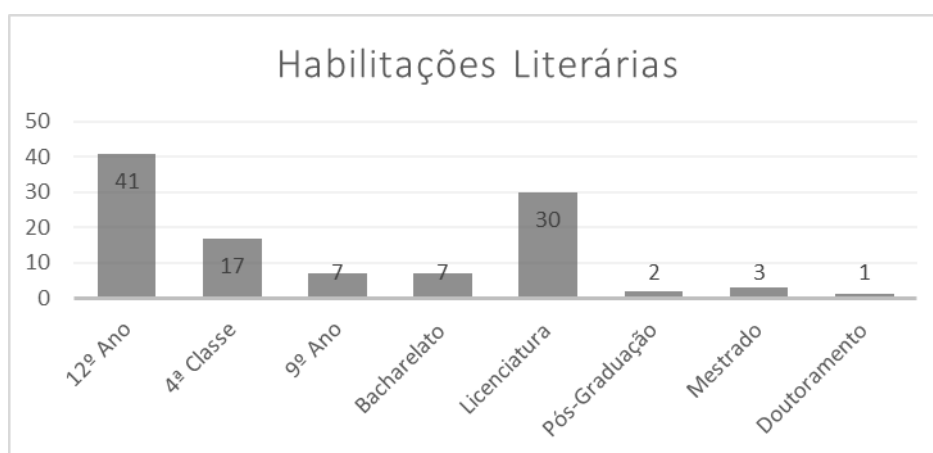


Gráfico 3 - Distribuição Habilitações Literárias (fonte: elaboração própria)

Através da análise do Gráfico 4 é possível verificar que a maioria dos inquiridos já eram clientes das Clínicas Leite, o que corresponde a 81% da amostra, e que apenas 19% estavam na sua primeira visita.

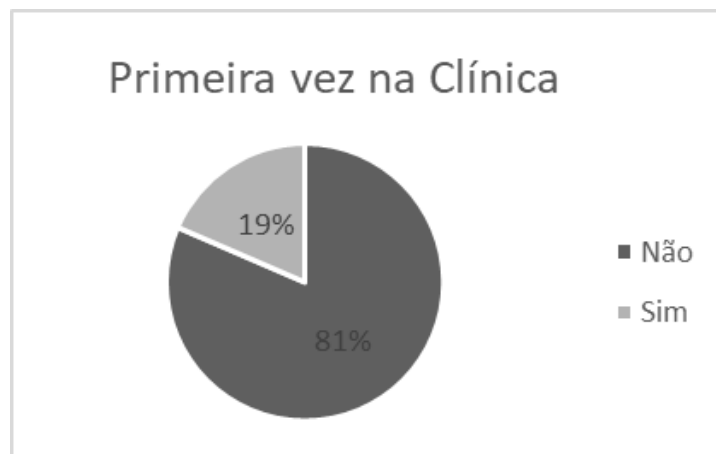


Gráfico 4 - Distribuição Primeira vez na Clínica (fonte: elaboração própria)

As tabelas da estatística descritiva relativa á caracterização da amostra podem ser consultadas no Apêndice 3 - .

Observando a análise descritiva das variáveis em estudo, tendo em conta a escala utilizada – 1- Discordo Totalmente e 7 – Concordo Totalmente – e analisando todos os itens do questionário, verificamos que o valor mínimo de resposta na grande maioria foi de 4, quer nas expectativas quer nas perceções. Com exceção para o item “O tempo de espera para consulta/exames é aceitável” nas perceções, em que o valor mínimo de resposta foi de 2. No geral este foi o item que obteve pontuações mais baixas. Verificando-se também que a maioria dos inquiridos deu a pontuação máxima na generalidade das questões, quer nas expectativas quer nas perceções. Os valores das frequências para cada item podem ser consultados na tabela em Apêndice 4 - . Observando a média de respostas de cada dimensão, tal como ilustrado na Tabela 1 abaixo, verificamos que todas são superiores a 6,60, apresentando-se todas elas com valores muito próximos, com desvio padrão em todos as dimensões também com valores muito semelhantes  $\approx 0,40$ , exceto para a dimensão capacidade de resposta que foi de 0,52.

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tangibilidade	6,74	0,43	4	7
Fiabilidade	6,7	0,44	2	7
Capacidade de Resposta	6,62	0,52	4	7
Segurança	6,76	0,4	4	7
Empatia	6,67	0,42	4	7

Tabela 1 - Estatística Descritiva das Dimensões (fonte: elaboração própria)

Olhando agora para a Tabela 2 e Tabela 3 referentes à avaliação da qualidade geral dos serviços prestados e à satisfação, constatamos que na avaliação da qualidade geral dos serviços prestados a média de respostas foi de  $\approx 6,82$ , com um desvio padrão de  $\approx 0,41$ . Para o item referente à qualidade o valor mínimo de resposta foi de 5, sendo que, apenas um inquirido deu esta pontuação, tendo a grande maioria dos inquiridos dado o valor máximo de resposta, correspondendo a 90 inquiridos.

Qualidade dos serviços prestados pelas Clínicas Leite	Média	6,82407
	Desvio padrão	,40623
	Mediana	7,00000
	Máximo	7,00000
	Mínimo	5,00000

Tabela 2 - Estatística Descritiva da Qualidade (fonte: elaboração própria)

Relativamente à satisfação com os serviços prestados, a média de respostas foi de  $\approx 6,78$ , com um desvio padrão de  $\approx 0,48$ . O valor mínimo de resposta foi de 5, em que apenas 3 inquiridos deram esta pontuação, sendo que a grande maioria dos inquiridos deu o valor máximo de resposta, correspondendo a 87 inquiridos – tabelas de frequências em Apêndice 5 - .

Satisfação relativamente aos serviços prestados pelas Clínicas Leite	Média	6,77778
	Desvio padrão	,48013
	Mediana	7,00000
	Máximo	7
	Mínimo	5

Tabela 3 - Estatística Descritiva da Satisfação (fonte: elaboração própria)

Os dados caracterizados confirmam a possibilidade da sua análise, prestando informação pertinente que se aprecia no ponto que se segue.

## 4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A existência de consistência interna de um instrumento pressupõe assim, que os itens individuais do mesmo devam estar todos a medir o mesmo conjunto de conceitos (que neste caso é a qualidade percebida do serviço), devendo estar altamente relacionados entre si (Hair *et al.*, citados por Matias 2017). Os autores referem que o valor do *Alfa de Cronbach* pode variar entre 0 e 1, sendo que valores superiores a 0,70 são considerados aceitáveis, garantindo a fiabilidade adequada de modo a permitir tirar conclusões. A determinação da consistência interna do instrumento utilizado neste estudo revelou, na sua totalidade, que o coeficiente *Alfa de Cronbach* possui um valor de 0,925. Analisando isoladamente cada uma das dimensões constatou-se que apenas a dimensão Fiabilidade apresentou um valor abaixo de 0,7 embora muito próximo. Sendo todos os outros valores superiores a 0,7 tal como se pode observar na Tabela 4. Tendo em conta os valores de *Alfa de Cronbach* encontrados considera-se o instrumento do presente estudo fiável.

Dimensões da Qualidade	Alfa de Cronbach
Tangibilidade	0,787
Fiabilidade	0,688
Capacidade de resposta	0,797
Segurança	0,891
Empatia	0,825

Tabela 4 - Alfa de Cronbach das Dimensões (fonte: elaboração própria)

Relativamente às correlações entre as dimensões, verificou-se que estas apresentam correlações positivas ( $R > 0$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre si, sendo todas elas moderadas ( $R = 0,4$  até  $0,6$ ). Tal como se pode observar na Tabela 5 ilustrada abaixo. Permitindo também através destes resultados aferir a consistência da escala utilizada.

			Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Segurança	Empatia
rô de Spearman	Tangibilidade	Coefficiente de Correlação	1,000	,620**	,447**	,523**	,435**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,000	,000	,000
N		108	108	108	108	108	
Fiabilidade	Coefficiente de Correlação	,620**	1,000	,577**	,578**	,474**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	.	,000	,000	,000	
	N	108	108	108	108	108	
Capacidade de Resposta	Coefficiente de Correlação	,447**	,577**	1,000	,625**	,673**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	.	,000	,000	
	N	108	108	108	108	108	
Segurança	Coefficiente de Correlação	,523**	,578**	,625**	1,000	,694**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	.	,000	
	N	108	108	108	108	108	
Empatia	Coefficiente de Correlação	,435**	,474**	,673**	,694**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	.	
	N	108	108	108	108	108	

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 5 - Correlações entre as Dimensões (fonte: elaboração própria)

Através da análise das médias das dimensões, apresentadas no ponto anterior, podemos verificar que a dimensão a que atribuem menor importância é a Capacidade de Resposta (6,62), e a que atribuem maior importância é a Segurança (6,76). Embora se verifique que os valores das médias estejam todos muito próximos, indicando que para os clientes das Clínicas Leite todas as dimensões influenciam a sua percepção de qualidade e a satisfação com os serviços prestados.

Analisando as diferenças entre as médias das percepções e expectativas (Apêndice 6 - ) obtidas em todos os itens neste estudo, e tendo em conta que valores mais elevados da média das expectativas e percepções estão associados a níveis mais elevados de qualidade esperada e percebida respetivamente, constatamos que na generalidade as expectativas foram superadas, pois os valores foram positivos. Relativamente ao estudo dos gaps de qualidade, foi observado que, em média, existe um alinhamento entre a percepção do serviço e as expectativas dos inquiridos, visto que a maioria dos *gaps* obtidos foi superior a zero. De salientar a dimensão Fiabilidade que face às restantes, foi a única dimensão a apresentar um gap negativo em dois dos seus itens. Sendo os itens, na dimensão mencionada, “Compromete-se a cumprir os prazos indicados” e “O tempo de espera para consultas/exames é aceitável” cuja percepção não supera a expectativa, apresentando valores negativos. Sendo que o primeiro (Q = -0,02) apresenta uma diferença menor entre a percepção

e a expectativa que o segundo ( $Q = -0,19$ ). Constatando-se assim que a fiabilidade das Clínicas Leite foi o ponto menos positivo dos seus serviços para os inquiridos. Devendo ser dada especial atenção a estes itens.

Analisando as dimensões no geral, verificamos que a dimensão na qual a percepção superou mais a expectativa é a “Segurança”, apresentando valores superiores e mais semelhantes entre os vários itens que compõem essa dimensão. As restantes dimensões as percepções superam as expectativas, embora apresentem valores mais dispares entre os itens que as compõem.

Tendo em conta os valores das médias da qualidade dos serviços prestados e a satisfação com os mesmos, apresentadas no ponto anterior, constatamos que os clientes das Clínicas Leite na sua grande maioria avaliam a qualidade como sendo excelente pois atribuíram um valor médio de 6,82 numa escala de 1 a 7. Encontrando-se muito satisfeitos com os mesmos, tendo atribuído um valor de 6,78, também numa escala de 1 a 7. Resultados estes que vão de encontro aos analisados através das diferenças entre as percepções e expectativas. Estes resultados estão também em concordância com o tipo de posicionamento que a clínica pretende ter no mercado, nomeadamente ser uma referência na área de saúde privada, fornecendo serviços de excelência.

Analisando agora a influência das características sociodemográficas da amostra com as dimensões da qualidade percebida obtiveram-se os seguintes resultados:

### **Dimensões da qualidade percebida vs. género**

A fim de determinar a influência do género dos clientes em cada uma das dimensões da qualidade percebida foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*, que permite detetar diferenças entre duas amostras independentes. O mesmo não exige o pressuposto da normalidade e pode ser aplicado em variáveis de escala ordinal (Marôco, 2011 citado por Matias 2017). Assim sendo, foram definidas as seguintes hipóteses estatísticas:

H0: As dimensões da qualidade percebida são idênticas nos clientes do género feminino e masculino.

H1: As dimensões da qualidade percebida são diferentes nos clientes do género feminino e masculino.

Os resultados revelaram que o género feminino apresenta maiores valores médios em todas as variáveis comparativamente ao género masculino (Apêndice 7 - ). Esta situação pode ter ocorrido devido ao facto de a amostra deste estudo ser constituída maioritariamente por elementos do género feminino, pelo que perante outra configuração da amostra poderá haver outro tipo de resultados, pois não existe conhecimento por parte das clínicas relativamente ao seu universo de clientes. Através da análise da Tabela 6 é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis tangibilidade ( $U=1092,5$  e  $p=0,049$ ), fiabilidade ( $U=969$  e  $p=0,05$ ) e capacidade de resposta ( $U=1017,5$  e  $p=0,020$ ) e o género feminino e o masculino. Já nas variáveis segurança e empatia não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>					
	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Segurança	Empatia
U de Mann-Whitney	1092,500	969,000	1017,500	1241,500	1132,000
Wilcoxon W	1872,500	1749,000	1797,500	2021,500	1912,000
Z	-1,973	-2,782	-2,334	-,812	-1,526
Significância Sig. (bilateral)	,049	,005	,020	,417	,127

a. Variável de Agrupamento: Género Género

Tabela 6 - Teste Mann-Whitney Dimensões vs. Género (fonte: elaboração própria)

### Dimensões da qualidade percebida vs. primeira vez na clinica

O teste de *Mann-Whitney* foi também utilizado para verificar se existe influência de ser a primeira visita à clinica em cada uma das dimensões, tendo sido definidas as seguintes hipóteses estatísticas:

H0: As dimensões de qualidade são idênticas, quer seja a primeira vez na clínica quer não seja.

H1: As dimensões de qualidade são diferentes, quer seja a primeira vez na clínica quer não seja.

Constatamos que os valores médios são muito semelhantes, quer seja ou não a primeira vez na clínica (Apêndice 8 - ).

Através da análise da Tabela 7 é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as cinco dimensões e ser ou não a primeira vez na clínica. Estes resultados podem dever-se ao facto da maioria da amostra já ter utilizado anteriormente os serviços da clínica.

Estatísticas de teste <sup>a</sup>					
	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Segurança	Empatia
U de Mann-Whitney	868,500	867,000	850,000	879,000	841,500
Wilcoxon W	1078,500	4783,000	1060,000	1089,000	1051,500
Z	-,111	-,119	-,264	-,010	-,340
Significância Sig. (bilateral)	,912	,905	,792	,992	,734

a. Variável de Agrupamento: PrimeiraveznaClínica Primeira vez na Clínica

Tabela 7 - Teste Mann-Whitney Dimensões vs. Primeira vez na Clínica (fonte: elaboração própria)

### Dimensões da qualidade percebida vs. idade

Relativamente à influência da idade em cada uma das dimensões da qualidade percebida, foi estudada através da análise da correlação ordinal de *Spearman*, pois nenhuma das dimensões da qualidade apresentava normalidade das distribuições (Apêndice 9 - ). Através do coeficiente de correlação ordinal de *Spearman*, é possível medir a intensidade e direção (positiva ou negativa) da correlação existente entre duas variáveis, sendo que o sinal indica a direção da correlação e o valor a intensidade dessa correlação (Fortin, 2009). Os valores dos coeficientes e as respetivas significâncias, levam-nos a afirmar que não existem correlações estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões da qualidade percebida na amostra em estudo, tal como podemos observar na tabela abaixo.

Correlações								
			Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Segurança	Empatia	Idade
Ró de Spearman	Idade	Coefficiente de Correlação	-0,030	-0,049	0,045	-0,046	0,041	1,000
		Sig. (2 extremidades)	0,762	0,614	0,643	0,639	0,673	
		N	108	108	108	108	108	108

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 8 - Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman Dimensão vs. Idade (fonte: elaboração própria)

### Dimensões da qualidade percebida vs. habilitações literárias

Para testar a influencia das habilitações literárias nas dimensões da qualidade percebida, utilizou-se também o coeficiente ordinal de *Spearman*. De acordo com os valores dos coeficientes e as respectivas significâncias, existe uma correlação significativa entre as dimensões, Tangibilidade, Segurança e Empatia e as habilitações literárias, embora fracas e negativas (conforme ilustrado na Tabela 9). Ou seja, quanto maior as habilitações literárias menores são os níveis de tangibilidade, segurança e empatia. Para as dimensões Fiabilidade e Capacidade de Resposta não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com as habilitações literárias.

Correlações								
			Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de Resposta	Segurança	Empatia	Habilitações Literárias
Ró de Spearman	Habilitações Literárias	Coeficiente de Correlação	-,227*	0,032	-,0126	-,251**	-,254**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	0,018	0,741	0,192	0,009	0,008	
		N	108	108	108	108	108	108
**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).								
*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).								

Tabela 9 - Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman Dimensões vs. Habilitações Literárias (fonte: elaboração própria)

Sendo o universo em estudo desconhecido não é possível relacioná-lo com os dados obtidos. Tendo em conta os resultados apresentados e analisados tornou-se possível retirar algumas evidências relativamente à perceção de qualidade dos clientes do serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite, de modo a melhorar os serviços aí prestados.

Em suma, podemos constatar que os clientes na sua grande maioria têm uma boa perceção da qualidade dos serviços prestados nas Clínicas Leite. Dando, uma valorização muito semelhante a todas as dimensões da qualidade percebida. Sendo que o impacto da perceção da qualidade foi positivo, pois os clientes encontram-se satisfeitos com os serviços prestados.

### 4.3 ORIENTAÇÕES E SUGESTÕES

Os resultados obtidos são importantes tanto do ponto de vista teórico como conceptual, permitindo tirar conclusões e transmitir aos gestores das Clínicas Leite um conjunto de

informações sobre a percepção dos clientes, que permitem planejar estratégias precisas de intervenção trazendo deste modo benefícios para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Assim, de modo a traçar as melhores estratégias de intervenção, os gestores das Clínicas Leite devem reunir-se com os técnicos e o pessoal administrativo, analisando e discutindo os resultados obtidos e delineando o plano de ação a adotar.

Tendo em conta que a clínica não conhece o seu universo de clientes sugere-se a criação de uma base de dados, por forma a conhecer melhor o seu tipo de cliente, por forma a melhor direccionar as estratégias.

Olhando para as várias dimensões, torna-se evidente que o aspeto menos positivo para os inquiridos foi, a dimensão da Fiabilidade, mais precisamente nos itens que se referem a “Tempo de Espera” e “Prazos”. Desta forma, a clínica deverá tomar especial atenção aos mesmos, sendo interessante que a gestão das clínicas analise se o número de marcações de consultas/exames/tratamentos por dia se encontra ajustado. Sendo também possível sugerir, um sistema de comunicação do tempo de espera estimado, tanto na chegada dos clientes à clínica como durante a sua permanência na mesma, tendo o pessoal de contacto um papel fundamental neste aspeto. Bem como, um sistema que permitisse a monitorização e controlo dos prazos de entrega dos exames/relatórios. Adotando medidas que permitam perceber em que fase do atendimento o cliente tem um maior tempo de espera.

De modo a minimizar a percepção do tempo de espera, sugere-se a criação de um meio onde o cliente se sinta o mais cómodo possível, proporcionando um ambiente calmo e tranquilizante, de modo a diminuir o stress e a ansiedade causada pela espera. Por exemplo, através do reconfiguração do layout das instalações e da sua decoração, como as cores das paredes ou a utilização de aromas calmantes e reconfortantes. Utilização de música ambiente relaxante, bem como imagens televisivas que produzam o mesmo efeito. Também a disponibilização de água, café, chá, bem como pequenos lanches ajuda à diminuição da sensação do tempo de espera.

Tendo em conta os dias de hoje, a disponibilização de Wi-Fi gratuito torna-se essencial, devendo a senha do mesmo estar visível, para que os clientes possam usufruir do mesmo durante a sua permanência na clínica.

Na área dedicada às crianças sugere-se a disponibilização atividades didáticas relacionadas com o olho/ofthalmologia.

Relativamente às restantes dimensões, embora tenham sido avaliadas positivamente, estas devem ser controladas por forma a manter o padrão de qualidade e não defraudar as expectativas dos clientes. Pois, embora os clientes considerem o serviço como sendo de qualidade e estando satisfeitos com o mesmo e sendo a clínica certificada, estes são aspetos que devem ser monitorizados e continuamente melhorados.

No entanto, para avaliar a eficácia das estratégias adotadas, torna-se igualmente importante definir métricas e indicadores que possam sustentar e auferir a qualidade destas decisões - recorrendo, por exemplo, a novas avaliações da qualidade percebida e satisfação dos clientes aplicando-as de forma contínua.

Sendo também interessante a existência de um sistema de fácil agendamento, confirmação e remarcação de consultas/exames/tratamentos, por exemplo online, permitindo também a automatização dos mesmos. Como também a existência de um canal de comunicação entre as clínicas e os clientes, sem ser via telefone, sendo definidos horários específicos para tal.

Em suma, os gestores das clínicas Leite possuem dados relevantes que os ajudam a manter a imagem de excelência pretendida e a qualidade dos serviços aí prestados.

## CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho era analisar os níveis de qualidade percebida pelos clientes do serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite, com o intuito de perceber quais os fatores que mais contribuem para a qualidade percebida pelos clientes, permitindo assim a otimização dos cuidados de saúde aí prestados, adequando-os às necessidades dos seus clientes. Perante os dados podemos concluir que os objetivos propostos para o presente estudo foram alcançados tendo-se conseguido responder às questões colocadas inicialmente.

Como principais conclusões temos o facto de os clientes terem uma boa perceção de qualidade dos serviços prestados, darem uma valorização muito semelhante a todas as dimensões da qualidade percebida, sendo o impacto da perceção de qualidade positivo, pois os clientes encontram-se satisfeitos com os serviços.

Simultaneamente, conclui-se que os clientes de um modo geral encontraram nesta clínica o que esperavam, uma vez que as suas expetativas foram na maioria alcançadas.

Sendo também possível concluir que para a amostra em estudo apenas existe influencia do género na tangibilidade, fiabilidade e capacidade de resposta e das habilitações literárias na tangibilidade, segurança e empatia. Não sendo possível relacionar os resultados com o universo da clínica, pois o mesmo é desconhecido.

Tendo sido fornecidos dados de grande relevância para os gestores das Clínicas Leite, de modo a continuarem o processo de melhoria contínua, tendo sempre como meta a satisfação dos seus clientes.

Com os dados obtidos, foi possível concluir através do modelo utilizado, que o instrumento o SERVQUAL é passível de ser aplicado aos serviços de Oftalmologia, possibilitando desta forma planear estratégias precisas de intervenção.

Este trabalho está como qualquer estudo necessariamente limitado no tempo e no espaço. Também como limitação, o facto de existir na literatura uma quantidade residual de estudos sobre a temática de avaliação da qualidade percebida ao nível dos serviços de

oftalmologia. Limitações estas próprias deste tipo de estudo. Consequentemente não se conseguiu desenvolver um estudo com base numa amostra probabilística, constituindo esta a principal limitação do presente trabalho, uma vez que os resultados alcançados não são tão confiáveis quanto os conseguidos através de uma amostra deste género.

Em trabalhos futuros sugere-se a aplicação deste modelo para monitorização das ações implementadas, de modo a comparar os novos resultados com os obtidos neste estudo, comparar o serviço de oftalmologia das clínicas Leite com outros serviços de oftalmologia privados, ou comparar a opinião dos gestores da clínica, relativamente à qualidade, com a opinião dos clientes. Podendo também, em estudos futuros, ser utilizado o questionário desenvolvido para avaliar a qualidade percebida dos clientes de outras clínicas de oftalmologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, N. S. (1991). *Qualidade - Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Berry, L., & Bendapudi, N. (2003). "Clueing In Customers". *Harvard Business Review*, 100-106.
- Berry, L., & Bendapudi, N. (2007). Healthcare: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, 111-122.
- Berry, L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. (1988). The Service-Quality Puzzle. *Business Horizons*, 35.
- Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. *Health Affairs*, 80-90.
- Brady, M., & Cronin, J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 34-49.
- Branco, R. F. (2008). *O Movimento da Qualidade em Portugal*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica.
- Brown, T. J., Churchill, J. G., & Peter, P. (1993). Improving the Measurement of Service Quality. *Journal of Retailing*, 127-139.
- Campos, L., Saturno, P., & Cordeiro, A. V. (2010). *A qualidade dos cuidados e dos serviços*. DGS.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimension. *Journal of Retailing*, 33-55.
- Charoux, O. M. (2006). *Metodologia: Processo de produção, registo e relato do conhecimento*. São Paulo: DVS.
- Costa, J. (2015). *Avaliação da Perceção da Qualidade do Serviço: Comparação entre o Hospital Público e Privado*. Dissertação de Mestrado. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Re-examination and Extension. *Journal of Marketing*, 55-68.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 125-131.
- Dehanov, S. (2013). *Avaliação da Qualidade do Serviço numa Unidade de Saúde de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Autónoma de Lisboa.

- DGS. (2016). *Programa Nacional para a Saúde da Visão*. Lisboa: DGS.
- Dinis, A. C., Marinho, A., Leite, E., Reis, F. F., Murta, J., Vaz, J. G., . . . Proença, R. (2003). *Bases de Reflexão para um Programa Nacional de Saúde*. DGS.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1*. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 166-203.
- Fernandes, R. A. (2012). *Avaliação da Qualidade Aparentada e Satisfação dos utentes de uma Clínica de Imagiologia do Grande Porto*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Grönroos, C. (1984). A Service-Orientated Approach to Marketing of Services. *European Journal of Marketing*, 36-44.
- Grönroos, C. (1994). *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach*. Nova Iorque: Wiley.
- Grönroos, C. (2000). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 178-186.
- Hercos, B., & Berezovsky, A. (2006). Qualidade do Serviço de Oftalmologia prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema único de Saúde. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, 213-219.
- Instituto Português de Qualidade. (1 de Janeiro de 2019). *Norma*. Obtido de IPQ: <http://www1.ipq.pt/PT/site/clientes/pages/Norma.aspx?docId=IPQDOC-185-166158>
- Kohn, L., Corrigan, J. N., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
- Kotler, P., & Andreasen, A. R. (1996). *Strategic Marketing for Non Profit Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union*. Copenhagen: MPG Books.
- Lopes, M. (2009). *Avaliação da Qualidade do Transporte Coletivo Urbano, na Cidade da Praia e a Satisfação dos utentes*. Dissertação de Mestrado. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2004). *Services Marketing - People, Technology, Strategy*. Estados Unidos da América: Pearson Prentice Hall.
- Matias, J. (2017). *Avaliação da Qualidade Percebida pelos Utentes nos Cuidados de Saúde Primários em Análises Clínicas: um estudo nos centros de Saúde do ACES Central - Algarve. Dissertação de Mestrado*. Instituto Politécnico de Lisboa.
- Mendes, D. (2012). *Marketing Hospitalar: que relevância: o caso do Hospital da Luz. Dissertação de Mestrado*. Universidade Lusíada de Lisboa.
- Miranda, D. (2010). *Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa. Dissertação de Mestrado*. Universidade de Évora.
- Oja, P. I., Kouri, T. T., & Pakarinen, A. J. (2009). Utilisation of customer feedback in a university hospital laboratory. *Accreditation and Quality Assurance*, 193–197.
- Oja, P. I., Kouri, T. T., & Pakarinen, A. J. (2010). Health centres view of the services provided by a university hospital laboratory: Use of satisfaction surveys. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24–28.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 460-469.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for further research. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 5-6.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 111-124.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 185-210.
- Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 43-51.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 465-443.
- Ransom, E. R. (2008). *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools*. Chicago: Health Administration Press.
- Saias, L. (2007). *Marketing de Serviço: Qualidade e Fidelização de clientes*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 65-82.
- Silva, S. N. (2010). *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema nacional de saúde*. APS.
- SPO. (Janeiro de 2015). Colaboração entre os cuidados de saúde primários e a Oftalmologia deve ser "estreita, bilateral e sinérgica". Portugal. Obtido de <http://www.spoftalmologia.pt/colaboracao-entre-os-cuidados-de-saude-primarios-e-a-oftalmologia-deve-ser-estreita-bilateral-e-sinergica/>
- Tinoco, P. (2013). *Avaliação da Qualidade Percebida em Saúde: o caso do serviço de Radiologia do Hospital de Faro E.P.E. Dissertação de Mestrado*. Universidade do Algarve.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 962-971.
- Zarei, A., Arab, M., Froushani, A., Rashidian, A., & Tabatabaei, S. M. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 1-7.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 2-22.
- Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: What we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 67-85.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2000). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*. Boston: MA: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2003). *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York: McGraw-Hill.

# APÊNDICES

## Apêndice 1 - Tabela de tradução e adaptação do questionário

	SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988;1991)	Tradução	Adaptação ao serviço de Oftalmologia
1	XYZ has up-to-date equipment.	XYZ tem equipamentos modernos.	Dispõe de equipamentos modernos e de tecnologia avançada.
2	XYZ's physical facilities are visually appealing.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.	Dispõe de instalações físicas confortáveis e visualmente atrativas.
3	XYZ's employees are well dressed and appear neat.	Os colaboradores de XYZ têm boa aparência e estão devidamente fardados.	A equipa apresenta-se de forma cuidada e de acordo com a função que exerce.
4	The appearance of the physical facilities of XYZ is in keeping with the type of services provided.	A aparência das instalações de XYZ está conservada de acordo com o serviço oferecido.	Possui instalações e equipamentos cuidados e conservados para o tipo de serviço oferecido.
5	When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.	Quando XYZ promete fazer algo num determinado prazo, cumpre-o.	Compromete-se a cumprir os prazos indicados. (Exemplo: Entrega de um exame relatado em tempo útil)
6	When you have problems, XYZ is sympathetic and reassuring.	Quando tem algum problema, a empresa XYZ mostra empatia e compreensão.	A equipa é simpática e compreensiva face às minhas dúvidas/questões.
7	XYZ is dependable.	XYZ é de confiança.	Os serviços prestados são de confiança.
8	XYZ provides its services at the time it promises to do so.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.	O tempo de espera para consultas/exames é aceitável.
9	XYZ keeps its records accurately.	XYZ mantém os seus registos arquivados de forma correta.	Os registos dos historiais clínicos são corretos e precisos.
10	XYZ does not tell customers exactly when services will be performed.	XYZ informa de que forma serão executados os serviços.	Informa com clareza os procedimentos que irão ser realizados.
11	You do not receive prompt service from XYZ's employees.	Não recebe disponibilidade imediata dos colaboradores da XYZ.	O processo de admissão para consultas/exames é rápido e eficiente.
12	Employees of XYZ are not always willing to help customers.	Os colaboradores da XYZ não estão sempre disponíveis para ajudar os clientes.	A equipa mostra iniciativa em ajudar-me.
13	Employees of XYZ are too busy to respond to customer requests promptly.	Os colaboradores da XYZ estão muito ocupados para responder aos pedidos dos clientes.	A equipa nunca está demasiado ocupada para responder às minhas questões.
14	You can trust employees of XYZ.	Confia nos colaboradores da XYZ.	A equipa transmite confiança.
15	You feel safe in your transactions with XYZ's employees.	Sente-se seguro na realização de transações com os colaboradores da XYZ.	A equipa transmite segurança no decorrer de todo o processo.
16	Employees of XYZ are polite.	Os colaboradores da XYZ são educados.	A equipa é educada e cordial.
17	Employees get adequate support from XYZ to their jobs well.	Os colaboradores da XYZ obtêm suporte adequado da empresa para cumprir as suas tarefas corretamente.	A equipa é competente na execução do seu trabalho.
18	XYZ does not give you individual attention.	XYZ não lhe dá atenção individual.	A equipa demonstra ter conhecimentos para esclarecer as minhas dúvidas.
19	Employees of XYZ do not give you personal attention.	Os colaboradores da XYZ não lhe dão atenção personalizada.	Sinto que existe um atendimento personalizado e individualizado.
20	Employees of XYZ do not know what your needs are.	Os colaboradores da XYZ não sabem as suas necessidades.	Sinto que as minhas necessidades são atendidas.
21	XYZ does not have your best interests at heart.	XYZ não tem os seus interesses como prioridades.	Prioriza os meus interesses.
22	XYZ does not have operating hour's convenient to all their customers.	XYZ não tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.	Oferece um horário de funcionamento adequado às minhas necessidades.

## Apêndice 2 - Questionário

### Questionário

Caro(a) participante,

Este questionário faz parte de um estudo académico sobre a avaliação da qualidade percebida pelos clientes do serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite, realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Marketing da Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal.

A sua colaboração no preenchimento do questionário é fundamental, pois as suas experiências e opiniões são muito importantes para a execução deste estudo, bem como um contributo para a melhoria dos cuidados prestados por este serviço.

Será garantida a sua confidencialidade e anonimato.

Obrigada pela sua participação.

### Parte A

As frases seguintes referem-se à expectativa e posterior percepção sobre o Serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite.

Para cada uma das afirmações, assinale com um X a sua avaliação utilizando uma escala de 1 a 7, em que 1 significa "Discordo Totalmente" e 7 significa "Concordo Totalmente".

A escala referida será aplicada em duas colunas, que deverão ambas ser preenchidas.

O/No serviço de Oftalmologia Clínicas Leites ...



	O que esperava							O que observei						
	Expetativas							Perceções						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Dispõe de equipamentos modernos e de tecnologia avançada.														
2. Dispõe de instalações físicas confortáveis e visualmente atrativas.														
3. A equipa apresenta-se de forma cuidada e de acordo com a função que exerce.														
4. Possui instalações e equipamentos cuidados e conservados para o tipo de serviço oferecido.														
5. Compromete-se a cumprir os prazos indicados. (Exemplo: Entrega de um exame relatado em tempo útil)														
6. A equipa é simpática e compreensiva face às minhas dúvidas/questões.														
7. Os serviços prestados são de confiança.														
8. O tempo de espera para consultas/exames é aceitável.														
9. Os registos dos historiais clínicos são corretos e precisos.														
10. Informa com clareza os procedimentos que irão ser realizados.														
11. O processo de admissão para consultas/exames é rápido e eficiente.														
12. A equipa mostra iniciativa em ajudar-me.														
13. A equipa nunca está demasiado ocupada para responder às minhas questões.														
14. A equipa transmite confiança.														
15. A equipa transmite segurança no decorrer de todo o processo.														
16. A equipa é educada e cordial.														
17. A equipa é competente na execução do seu trabalho.														
18. A equipa demonstra ter conhecimentos para esclarecer as minhas dúvidas.														
19. Sinto que existe um atendimento personalizado e individualizado.														
20. Sinto que as minhas necessidades são atendidas.														
21. Prioriza os meus interesses.														
22. Oferece um horário de funcionamento adequado às minhas necessidades.														

**Parte B**

As seguintes frases referem-se agora à sua percepção geral sobre o serviço de Oftalmologia das Clínicas Leite:

1. Numa escala de 1 a 7, em que 1 significa "Muito fraca" e 7 significa "Excelente":

A qualidade dos serviços prestados pelas Clínicas Leite é:	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

2. Numa escala de 1 a 7, em que 1 significa "Muito Insatisfeito" e 7 significa "Muito Satisfeito"

Qual o seu grau de satisfação relativamente aos serviços prestados pelas Clínicas Leite:	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

**Parte C**

Caracterização da amostra de estudo.

Idade: \_\_\_\_\_

Género: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:

1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Classe)	
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	
Ensino Secundário/Liceu (12º ano)	
Bacharelato	
Licenciatura	
Pós-Graduação	
Mestrado	
Doutoramento	

É a primeira vez que realiza consulta/exame de Oftalmologia nas Clínicas Leite?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice 3 - Estatística descritiva da amostra

## Idade (Categorizado)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	18 - 27	6	5,6	5,6	5,6
	28 - 37	9	8,3	8,3	13,9
	38 - 47	26	24,1	24,1	38,0
	48 - 57	22	20,4	20,4	58,3
	58 - 67	22	20,4	20,4	78,7
	68 - 77	17	15,7	15,7	94,4
	78+	6	5,6	5,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

## Gênero

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	69	63,9	63,9	63,9
	Masculino	39	36,1	36,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

## Habilitações Literárias

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	4ª Classe	17	15,7	15,7	15,7
	9º Ano	7	6,5	6,5	22,2
	12º Ano	41	38,0	38,0	60,2
	Bacharelato	7	6,5	6,5	66,7
	Licenciatura	30	27,8	27,8	94,4
	Pós-Graduação	2	1,9	1,9	96,3
	Mestrado	3	2,8	2,8	99,1
	Doutoramento	1	,9	,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

## Primeira vez na Clínica

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	88	81,5	81,5	81,5
	Sim	20	18,5	18,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

#### Apêndice 4 - Frequência dos itens do Questionário

##### (Expectativa) Dispõe de equipamentos modernos e de tecnologia avançada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	8	7,4	7,4	8,3
	Concordo	18	16,7	16,7	25,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

##### (Percepção) Dispõe de equipamentos modernos e de tecnologia avançada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	3	2,8	2,8	2,8
	Concordo	17	15,7	15,7	18,5
	<u>Concordo Totalmente</u>	88	81,5	81,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

##### (Expectativa) Dispõe de instalações físicas confortáveis e visualmente atrativas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	2	1,9	1,9	1,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	5	4,6	4,6	6,5
	Concordo	19	17,6	17,6	24,1
	<u>Concordo Totalmente</u>	82	75,9	75,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

##### (Percepção) Dispõe de instalações físicas confortáveis e visualmente atrativas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	4	3,7	3,7	4,6
	Concordo	16	14,8	14,8	19,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	87	80,6	80,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa apresenta-se de forma cuidada e de acordo com a função que exerce**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	6	5,6	5,6	6,5
	Concordo	19	17,6	17,6	24,1
	<u>Concordo Totalmente</u>	82	75,9	75,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa apresenta-se de forma cuidada e de acordo com a função que exerce**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	1	,9	,9	,9
	Concordo	15	13,9	13,9	14,8
	<u>Concordo Totalmente</u>	92	85,2	85,2	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Possui instalações e equipamentos cuidados e conservados para o tipo de serviço oferecido**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	4	3,7	3,7	3,7
	Concordo	27	25,0	25,0	28,7
	<u>Concordo Totalmente</u>	77	71,3	71,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) Possui instalações e equipamentos cuidados e conservados para o tipo de serviço oferecido**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	1	,9	,9	,9
	Concordo	18	16,7	16,7	17,6
	<u>Concordo Totalmente</u>	89	82,4	82,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Compromete-se a cumprir os prazos indicados**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	7,4
	Concordo	19	17,6	17,6	25,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) Compromete-se a cumprir os prazos indicados**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	2	1,9	1,9	1,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	10	9,3	9,3	11,1
	Concordo	12	11,1	11,1	22,2
	<u>Concordo Totalmente</u>	84	77,8	77,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa é simpática e compreensiva face às minhas  
dúvidas/questões**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	5	4,6	4,6	5,6
	Concordo	19	17,6	17,6	23,1
	<u>Concordo Totalmente</u>	83	76,9	76,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa é simpática e compreensiva face às minhas dúvidas/questões**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	Concordo	16	14,8	14,8	15,7
	<u>Concordo Totalmente</u>	91	84,3	84,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Os serviços prestados são de confiança**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	5	4,6	4,6	4,6
	Concordo	17	15,7	15,7	20,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	86	79,6	79,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) Os serviços prestados são de confiança**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	1	,9	,9	,9
	Concordo	11	10,2	10,2	11,1
	<u>Concordo Totalmente</u>	96	88,9	88,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) O tempo de espera para consultas/exames é aceitável**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Não Concordo nem Discordo</u>	4	3,7	3,7	3,7
	<u>Concordo Parcialmente</u>	17	15,7	15,7	19,4
	Concordo	38	35,2	35,2	54,6
	<u>Concordo Totalmente</u>	49	45,4	45,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) O tempo de espera para consultas/exames é aceitável**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Discordo Parcialmente</u>	2	1,9	1,9	2,8
	<u>Não Concordo nem Discordo</u>	8	7,4	7,4	10,2
	<u>Concordo Parcialmente</u>	17	15,7	15,7	25,9
	Concordo	33	30,6	30,6	56,5
	<u>Concordo Totalmente</u>	47	43,5	43,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Os registos dos historiais clínicos são corretos e precisos**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	7,4
	Concordo	26	24,1	24,1	31,5
	<u>Concordo Totalmente</u>	74	68,5	68,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) Os registos dos historiais clínicos são corretos e precisos**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	2	1,9	1,9	1,9
	Concordo	24	22,2	22,2	24,1
	<u>Concordo Totalmente</u>	82	75,9	75,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Informa com clareza os procedimentos que irão ser realizados**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	11	10,2	10,2	10,2
	Concordo	23	21,3	21,3	31,5
	<u>Concordo Totalmente</u>	74	68,5	68,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) Informa com clareza os procedimentos que irão ser realizados**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	3	2,8	2,8	2,8
	Concordo	27	25,0	25,0	27,8
	<u>Concordo Totalmente</u>	78	72,2	72,2	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) O processo de admissão para consultas/exames é rápido e eficiente**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	7,4
	Concordo	37	34,3	34,3	41,7
	<u>Concordo Totalmente</u>	63	58,3	58,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) O processo de admissão para consultas/exames é rápido e eficiente**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	3	2,8	2,8	2,8
	<u>Concordo Parcialmente</u>	3	2,8	2,8	5,6
	Concordo	29	26,9	26,9	32,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	73	67,6	67,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa mostra iniciativa em ajudar-me**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	6,5
	Concordo	27	25,0	25,0	31,5
	<u>Concordo Totalmente</u>	74	68,5	68,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) A equipa mostra iniciativa em ajudar-me**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	1	,9	,9	,9
	Concordo	26	24,1	24,1	25,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa nunca está demasiado ocupada para responder às minhas questões**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	2	1,9	1,9	1,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	11	10,2	10,2	12,0
	Concordo	22	20,4	20,4	32,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	73	67,6	67,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa nunca está demasiado ocupada para responder às minhas questões**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	5	4,6	4,6	5,6
	Concordo	25	23,1	23,1	28,7
	<u>Concordo Totalmente</u>	77	71,3	71,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa transmite confiança**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	6	5,6	5,6	5,6
	Concordo	23	21,3	21,3	26,9
	<u>Concordo Totalmente</u>	79	73,1	73,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa transmite confiança**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	2	1,9	1,9	1,9
	Concordo	13	12,0	12,0	13,9
	<u>Concordo Totalmente</u>	93	86,1	86,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa transmite segurança no decorrer de todo o processo**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	7,4
	Concordo	19	17,6	17,6	25,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa transmite segurança no decorrer de todo o processo**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	1	,9	,9	,9
	Concordo	15	13,9	13,9	14,8
	<u>Concordo Totalmente</u>	92	85,2	85,2	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa é educada e cordial**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	5	4,6	4,6	4,6
	Concordo	16	14,8	14,8	19,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	87	80,6	80,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa é educada e cordial**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Concordo	13	12,0	12,0	12,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	95	88,0	88,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa é competente na execução do seu trabalho**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	7	6,5	6,5	6,5
	Concordo	17	15,7	15,7	22,2
	<u>Concordo Totalmente</u>	84	77,8	77,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa é competente na execução do seu trabalho**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	2	1,9	1,9	1,9
	Concordo	13	12,0	12,0	13,9
	<u>Concordo Totalmente</u>	93	86,1	86,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) A equipa demonstra ter conhecimentos para esclarecer as minhas dúvidas**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	8	7,4	7,4	7,4
	Concordo	21	19,4	19,4	26,9
	<u>Concordo Totalmente</u>	79	73,1	73,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Perceção) A equipa demonstra ter conhecimentos para esclarecer as minhas dúvidas**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	3	2,8	2,8	2,8
	Concordo	20	18,5	18,5	21,3
	<u>Concordo Totalmente</u>	85	78,7	78,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Sinto que existe um atendimento personalizado e individualizado**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	8	7,4	7,4	7,4
	Concordo	25	23,1	23,1	30,6
	<u>Concordo Totalmente</u>	75	69,4	69,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) Sinto que existe um atendimento personalizado e individualizado**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	3	2,8	2,8	2,8
	Concordo	24	22,2	22,2	25,0
	<u>Concordo Totalmente</u>	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Sinto que as minhas necessidades são atendidas**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	10	9,3	9,3	10,2
	Concordo	21	19,4	19,4	29,6
	<u>Concordo Totalmente</u>	76	70,4	70,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) Sinto que as minhas necessidades são atendidas**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	2	1,9	1,9	1,9
	Concordo	20	18,5	18,5	20,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	86	79,6	79,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Prioriza os meus interesses**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	2	1,9	1,9	1,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	12	11,1	11,1	13,0
	Concordo	21	19,4	19,4	32,4
	<u>Concordo Totalmente</u>	73	67,6	67,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) Prioriza os meus interesses**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	2	1,9	1,9	1,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	8	7,4	7,4	9,3
	Concordo	23	21,3	21,3	30,6
	<u>Concordo Totalmente</u>	75	69,4	69,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Expectativa) Oferece um horário de funcionamento adequado às minhas necessidades**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não Concordo nem Discordo	1	,9	,9	,9
	<u>Concordo Parcialmente</u>	14	13,0	13,0	13,9
	Concordo	23	21,3	21,3	35,2
	<u>Concordo Totalmente</u>	70	64,8	64,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**(Percepção) Oferece um horário de funcionamento adequado às minhas necessidades**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	<u>Concordo Parcialmente</u>	6	5,6	5,6	5,6
	Concordo	22	20,4	20,4	25,9
	<u>Concordo Totalmente</u>	80	74,1	74,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**Apêndice 5 - Frequências dos itens da qualidade e satisfação**

**Qualidade dos Serviços Prestados pelas Clínicas Leite**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Boa	1	,9	,9	,9
	Muito Boa	17	15,7	15,7	16,7
	Excelente	90	83,3	83,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	



**Satisfação relativamente aos Serviços Prestados pelas Clínicas Leite**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Pouco <u>Satisfeito</u>	3	2,8	2,8	2,8
	Moderadamente <u>Satisfeito</u>	18	16,7	16,7	19,4
	Muito <u>Satisfeito</u>	87	80,6	80,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

**Apêndice 6 - Diferenças percepções e expectativas**

<b>Tangibilidade</b>	<b>Percepções (P)</b>	<b>Expectativas (E)</b>	<b>Qualidade (P-E)</b>
Dispõe de equipamentos modernos e de tecnologia avançada	6,79	6,66	0,13
Dispõe de instalações físicas confortáveis e visualmente atrativas	6,75	6,68	0,07
A equipa apresenta-se de forma cuidada e de acordo com a função que exerce	6,84	6,69	0,15
Possui instalações e equipamentos cuidados e conservados para o tipo de serviço oferecido	6,81	6,68	0,13
<b>Fiabilidade</b>	<b>Percepções (P)</b>	<b>Expectativas (E)</b>	<b>Qualidade (P-E)</b>
Compromete-se a cumprir os prazos indicados	6,65	6,67	-0,02
A equipa é simpática e compreensiva face às minhas dúvidas/questões	6,82	6,7	0,12
Os serviços prestados são de confiança	6,88	6,75	0,13
O tempo de espera para consultas/exames é aceitável	6,03	6,22	-0,19
Os registos dos historiais clínicos são corretos e precisos	6,74	6,6	0,14
<b>Capacidade de Resposta</b>	<b>Percepções (P)</b>	<b>Expectativas (E)</b>	<b>Qualidade (P-E)</b>
Informa com clareza os procedimentos que irão ser realizados	6,69	6,58	0,11
O processo de admissão para consultas/exames é rápido e eficiente	6,59	6,5	0,09
A equipa mostra iniciativa em ajudar-me	6,74	6,62	0,12
A equipa nunca está demasiado ocupada para responder às minhas questões	6,65	6,54	0,11
<b>Segurança</b>	<b>Percepções (P)</b>	<b>Expectativas (E)</b>	<b>Qualidade (P-E)</b>
A equipa transmite confiança	6,84	6,68	0,16
A equipa transmite segurança no decorrer de todo o processo	6,84	6,67	0,17
A equipa é educada e cordial	6,88	6,76	0,12
A equipa é competente na execução do seu trabalho	6,84	6,71	0,13
<b>Empatia</b>	<b>Percepções (P)</b>	<b>Expectativas (E)</b>	<b>Qualidade (P-E)</b>
A equipa demonstra ter conhecimentos para esclarecer as minhas dúvidas	6,76	6,66	0,1
Sinto que existe um atendimento personalizado e individualizado	6,72	6,62	0,1
Sinto que as minhas necessidades são atendidas	6,78	6,59	0,19
Prioriza os meus interesses	6,58	6,53	0,05
Oferece um horário de funcionamento adequado às minhas necessidades	6,69	6,5	0,19

**Apêndice 7 - Teste de *Mann-Whitney* valor médio - gênero**

	Postos			Soma de Classificações
	Gênero	N	Valor Médio	
Tangibilidade	0 Feminino	69	58,17	4013,50
	1 Masculino	39	48,01	1872,50
	Total	108		
Fiabilidade	0 Feminino	69	59,96	4137,00
	1 Masculino	39	44,85	1749,00
	Total	108		
Capacidade de Resposta	0 Feminino	69	59,25	4088,50
	1 Masculino	39	46,09	1797,50
	Total	108		
Segurança	0 Feminino	69	56,01	3864,50
	1 Masculino	39	51,83	2021,50
	Total	108		
Empatia	0 Feminino	69	57,59	3974,00
	1 Masculino	39	49,03	1912,00
	Total	108		

**Apêndice 8 - Teste de *Mann-Whitney* valor médio - primeira vez na clínica**

	Postos			Soma de Classificações
	Primeira vez na Clínica	N	Valor Médio	
Tangibilidade	0 Não	88	54,63	4807,50
	1 Sim	20	53,93	1078,50
	Total	108		
Fiabilidade	0 Não	88	54,35	4783,00
	1 Sim	20	55,15	1103,00
	Total	108		
Capacidade de Resposta	0 Não	88	54,84	4826,00
	1 Sim	20	53,00	1060,00
	Total	108		
Segurança	0 Não	88	54,51	4797,00
	1 Sim	20	54,45	1089,00
	Total	108		
Empatia	0 Não	88	54,94	4834,50
	1 Sim	20	52,58	1051,50
	Total	108		

## Apêndice 9 - Testes de Normalidade

### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Idade	,068	108	,200 <sup>*</sup>	,988	108	,458

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors



### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Tangibilidade	,413	108	,000	,645	108	,000
Fiabilidade	,368	108	,000	,698	108	,000
Capacidade de Resposta	,335	108	,000	,744	108	,000
Segurança	,411	108	,000	,643	108	,000
Empatia	,347	108	,000	,739	108	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors