

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados  
de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos  
centros de saúde do ACES Central – Algarve**

**JOANA ISABEL SALSINHA MATIAS**

**ORIENTADOR:**

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ EUSÉBIO PACHECO – Professor  
Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

**MESTRADO EM GESTÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**Lisboa, 2017**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve**

**JOANA ISABEL SALSINHA MATIAS**

**ORIENTADOR:**

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ EUSÉBIO PACHECO – Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

**JÚRI**

Presidente: Doutora Margarida Eiras – Professora Adjunta na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Arguente: Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes – Professor Coordenador na Universidade de Évora

**MESTRADO EM GESTÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

**Lisboa, 2017**

**A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.**

Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas

## **Agradecimentos**

Para a realização desta dissertação, que é fruto de um longo percurso e de muito trabalho, devo desde já demonstrar os meus sinceros agradecimentos a conjunto de pessoas que deram o seu contributo ao longo deste processo.

Em primeiro lugar ao meu orientador, o Professor Doutor José Eusébio Pacheco, que sempre se mostrou disponível, pelos ensinamentos que me soube transmitir ao longo do tempo em que trabalhamos juntos, pelo apoio e entusiasmo ao longo da elaboração desta dissertação, pelas orientações metodológicas e científicas.

Aos meus pais, não tenho palavras que expressem o meu profundo e incondicional agradecimento.

A todos os meus familiares e amigos mais próximos que sempre me apoiaram.

À minha colega de mestrado Mara, companheira de trabalhos, com a qual sempre pude contar.

E um agradecimento muito especial ao meu avô materno, cuja memória me inspira e motiva a não desistir dos meus objetivos e a acreditar nas minhas capacidades. Esteja onde estiver certamente estará orgulhoso.

**A todos muito obrigada**

## Resumo

A qualidade da prestação nos serviços de saúde é atualmente entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, pois estes existem para servir os utentes. Num serviço de Análises Clínicas a avaliação da qualidade feita pelo utente relaciona-se especialmente com os eventos que compõe o procedimento da colheita de produtos biológicos, uma vez que é o momento onde há uma relação mais estreita com o serviço e os seus profissionais, permitindo formar a sua perceção da qualidade do serviço.

Este trabalho de investigação consiste num estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo, que tem como objetivo geral avaliar a qualidade percebida pelos utentes que se deslocam ao serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde do ACES Central, com base num modelo SERVPERF traduzido e adaptado.

O questionário foi aplicado a 113 utentes. Os dados recolhidos foram alvo de análise estatística, nomeadamente: cálculo de indicadores descritivos, determinação da consistência interna do instrumento, teste de Mann-Whitney, coeficiente de correlação Ró Spearman, coeficiente de associação Phi e teste One-Way Anova.

Os resultados mostram que existem correlações positivas entre a idade e as variáveis em estudo mas também correlações negativas entre o grau de escolaridade e as mesmas variáveis. Existem também associações estatisticamente significativas com o estado civil e a situação profissional. Quanto às hipóteses em estudo, constatou-se que as dimensões fiabilidade, segurança e empatia interagem positivamente na satisfação com os serviços prestados e que a fiabilidade, segurança e empatia interagem na qualidade global dos serviços prestados, o que não se verifica com a tangibilidade e a capacidade de resposta.

Este estudo visa obter informação útil para a implementação de melhorias na prestação do serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde.

**Palavras-chave:** Qualidade Percebida, Análises Clínicas, SERVPERF.

## **Abstract**

The quality of provision in health services is now understood as an intrinsic need, as they exist to serve users. A Clinical Analysis service quality assessment made by the user has to do especially with the events that make up the harvest procedure of organic products, since this is the time where there is a closer relationship with the service and its professionals, allowing to form a perception of service quality.

This research consists of a quantitative study, cross-sectional, exploratory and descriptive, which has the overall objective to evaluate the quality perceived by users moving to the Clinical Analysis Service in the ACES Central's health centers, based on a translated and adapted SERVPERF model.

The questionnaire was administered to 113 users. The data collected were targeted statistical analysis, namely: calculation of descriptive indicators, determination of the instrument's internal consistency, Mann-Whitney test, Spearman's rank correlation coefficient, Phi's association coefficient and One-Way ANOVA test.

The results show that there are positive correlations between age and variables in the study but also negative correlations between education level and the same variables. There are also statistically significant associations with marital status and professional status. As for the hypothesis under study, it was found that the dimensions reliability, security and empathy interact positively in the satisfaction with the services provided and the reliability, security and empathy interact in the overall quality of services provided, which is not the case with the tangibility and responsiveness.

This study aims to obtain information useful for the implementation of improvements in the provision of Clinical Analysis service in health centers.

**Keywords:** Perceived Quality, Clinical Analysis, SERVPERF.



## Índice Geral

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VI
Abstract .....	VII
Índice Geral .....	IX
Índice de Tabelas .....	XIII
Índice de Figuras .....	XIII
Lista de Abreviaturas .....	XV
Capítulo 1 – Introdução .....	1
Capítulo 2 – Enquadramento Teórico .....	6
2.1 – Serviços .....	6
2.1.1 – O conceito de serviço e as suas características .....	6
2.1.2 – O caso dos serviços de saúde: um exemplo de especificidade .....	7
2.1.3 – O Sistema de Saúde em Portugal .....	9
2.2 – Qualidade .....	10
2.2.1 – O conceito de qualidade .....	10
2.2.2 – A qualidade dos serviços .....	12
2.2.3 – A qualidade em Saúde .....	14
2.2.4 – A qualidade no âmbito das Análises Clínicas .....	17
2.2.5 – As dimensões da qualidade dos serviços .....	19
2.2.6 – As dimensões da qualidade ao nível dos serviços de saúde .....	21
2.3 – A qualidade percebida do serviço e a satisfação .....	23
2.4 – Avaliação da qualidade dos serviços de saúde .....	25
2.4.1 – Modelo teórico de Donabedian .....	26
2.4.2 – Modelo de Grönroos .....	27
2.4.3 – Modelo de Parasuraman .....	28

2.5 – Instrumentos de avaliação da qualidade de um serviço .....	30
2.5.1 – SERVQUAL .....	31
2.5.2 – SERVPERF .....	33
Capítulo 3 – Metodologia .....	35
3.1 – Tipo de estudo .....	35
3.2 – Local do estudo .....	36
3.3 – População-alvo .....	36
3.4 – Principais hipóteses .....	36
3.5 – Amostra .....	37
3.5.1 – Técnica de amostragem e dimensão da amostra .....	37
3.6 – Instrumento utilizado .....	38
3.7 – Questões de ética e confidencialidade .....	39
3.8 – Estratégias para a análise dos dados .....	39
3.8.1 – Indicadores estatísticos descritivos .....	40
3.8.2 – Consistência interna do instrumento .....	40
3.8.3 – Teste de Mann-Whitney .....	41
3.8.4 – Coeficiente de associação Phi .....	42
3.8.5 – Coeficiente de correlação Ró Spearman .....	43
3.8.6 – Teste One-Way Anova .....	43
Capítulo 4 – Apresentação e análise dos resultados .....	44
4.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra .....	44
4.2 – Análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo .....	45
4.2.1 – Análise descritiva da relação entre o sexo e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	46
4.2.2 – Análise descritiva da relação entre a idade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	47
4.2.3 – Análise descritiva da relação entre o estado civil e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de	

resposta, segurança e empatia .....	48
4.2.4 – Análise descritiva da relação entre o grau de escolaridade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	48
4.2.5 – Análise descritiva da relação entre a situação profissional e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	49
4.3 – Análise das hipóteses formuladas .....	50
4.3.1– Descrição dos resultados das hipóteses formuladas .....	50
Capítulo 5 – Discussão dos resultados .....	54
Capítulo 6 – Conclusões .....	58
Capítulo 7 – Referências bibliográficas .....	61
Anexos .....	71
Anexo I – SERVPERF final	
Anexo II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação	
Anexo III – Pedido de autorização para a realização do estudo	
Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve	

Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas

## Índice de Tabelas

Tabela 3.1 -	Resultados obtidos para a consistência interna das dimensões da qualidade.....	41
Tabela 4.1 -	Estatística descritiva das variáveis em estudo .....	46
Tabela 4.2 -	Resultados obtidos do teste de Mann-Whitney entre o sexo e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	47
Tabela 4.3 -	Resultado obtido da correlação de Ró Spearman entre a idade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	47
Tabela 4.4 -	Resultado obtido do coeficiente de associação Phi entre o estado civil e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	48
Tabela 4.5 -	Resultado obtido da correlação de Ró Spearman entre o grau de escolaridade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	49
Tabela 4.6 -	Resultado obtido do coeficiente de associação Phi entre a situação profissional e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia .....	49
Tabela 4.7 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central e a satisfação com os serviços prestados.....	50
Tabela 4.8 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre dimensão tangibilidade e a satisfação com os serviços prestados .....	51
Tabela 4.9 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre dimensão fiabilidade e a satisfação com os serviços prestados .....	51
Tabela 4.10 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre dimensão capacidade de resposta e a satisfação com os serviços prestados .....	51
Tabela 4.11 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre dimensão segurança e a satisfação com os serviços prestados .....	52
Tabela 4.12 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre dimensão empatia e a satisfação com os serviços prestados .....	52
Tabela 4.13 -	Resultado obtido do teste One-Way Anova entre as dimensões tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia e a qualidade dos serviços prestados .....	53

## Índice de Figuras

Figura 1.1 -	Modelo dos Gaps da qualidade de serviço .....	30
--------------	---	----



## **Lista de Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS Algarve – Administração Regional de Saúde do Algarve

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

IOM – Institute of Medicine

ISO – International Organization for Standardization

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TACSP – Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde Familiar



## Capítulo 1 – Introdução

Actualmente na nossa sociedade a saúde possui um elevado protagonismo e o utente exerce um papel preponderante como avaliador dos serviços que são prestados nessa área (Oja, 2010).

Em saúde, apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define, é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Como tal, no seu trabalho, Campos *et al.* (2010) adopta a definição criada pelo Programa Ibérico, em 1990, onde considera que a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível. No entender de Campos *et al.* (2010), esta é uma das mais completas definições de qualidade em saúde.

A qualidade da prestação nos serviços de saúde é atualmente entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes. Em consequência, é fundamental ir ao encontro das suas necessidades, expectativas e conseguir um elevado grau de satisfação desses mesmos utentes com os cuidados de saúde que lhes são prestados (Alves, 2009). Por isso o desenvolvimento de investigações sobre a qualidade dos serviços é essencial com vista à melhoria contínua das organizações. Desta forma a orientação para o cliente, deve ser a essência da cultura de uma instituição, com especial enfoque naquelas que oferecem serviços de saúde, dada a relação tão especial que se desenvolve entre o utente e o prestador (Díaz, 2005).

Contudo definir e medir a qualidade provou ser particularmente complexo, devido às características diferenciadas dos serviços (Lee *et al.*, 2000; Díaz, 2005) e devido ao facto da qualidade ser um conceito que apresenta tantas definições como os pontos de vista que existem (Díaz, 2005).

Ao considerar a perspetiva do cliente na hora de definir a qualidade do serviço é paralelamente inserido o conceito de perceção, que parte do pressuposto de que cliente é o único que pode determinar se um serviço é ou não de qualidade (Varo, 1994). Esta perspetiva é a mais amplamente apoiada pelos vários autores que abordam a questão da qualidade de serviços (Parasuraman *et al.*, 1985; Parasuraman *et al.*, 1988; Parasuraman *et al.*, 1994) e está a começar a ganhar importância em estudos no setor da saúde (Díaz, 2005).

Compete aos gestores dos serviços de saúde estarem atentos à qualidade percebida pelo utente, adequando os seus serviços às necessidades dos utentes, procurando assim, atingir um elevado nível de satisfação (Moura *et al.*, 2008). Por isso a perceção dos utentes, bem como a sua satisfação, são extremamente importantes na melhoria da qualidade das organizações que prestam cuidados de saúde (Oja *et al.*, 2009).

No nosso país, tal importância fica bem patente quando o Ministério da Saúde Português, através da Direção Geral da Saúde, reconhece no plano nacional de saúde 2004-2010, que existem áreas de investigação particularmente importantes nos atuais contextos português e europeu, considerando a investigação em serviços de saúde como uma das áreas prioritárias, nomeadamente o estudo das perceções e da satisfação dos utentes relativamente aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Antigamente, o objetivo dos prestadores de serviços de saúde, no qual se inserem os prestadores na área das Análises Clínicas, era o de fornecer os seus serviços sabendo que esse utente iria voltar mais tarde e que existiriam sempre outros utentes para receber tais serviços. Ou seja, o principal objetivo era fornecer somente os serviços de saúde, sendo que a forma e atitude com que estes eram fornecidos não tinha importância. Hoje em dia já não é bem assim, pois os pacientes estão mais sofisticados, fazem escolhas sobre os seus cuidados de saúde e procuram juntamente com esses cuidados, um atendimento excepcional (Seki *et al.*, 2003).

Para o gestor/diretor de um laboratório clínico, é de extrema importância alcançar e utilizar a perspectiva do cliente (Oja *et al.*, 2006), sendo que a diferença entre o sucesso e o insucesso para enfrentar o panorama actual está na capacidade permanente dos laboratórios inovarem a sua forma de trabalho, melhorando assim a qualidade percebida pelo utente (Seki *et al.*, 2003).

É importante referir que num serviço em que se executam análises clínicas, a avaliação da qualidade feita pelo utente relaciona-se principalmente com os eventos que compõem o procedimento da colheita de produtos biológicos, uma vez que este é o momento em que o utente tem uma relação mais estreita com o serviço e com os seus profissionais, passando a criar o seu conjunto de conceitos, isto é, a formar a sua perceção da qualidade do serviço (Moura *et al.*, 2008).

A avaliação da qualidade percebida dos serviços tem vindo a ser bastante estudada ao longo das últimas três décadas e vários modelos têm sido propostos e desenvolvidos para medir as perceções do utente quanto à qualidade dos serviços (Martínez & Martínez, 2010).

Após a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática, é possível constatar que os modelos mais referenciados são o SERVQUAL e o SERVPERF. O SERVQUAL é o modelo mais amplamente utilizado e divulgado por académicos e o SERVPERF é o que tem sido indicado como uma alternativa melhor em comparação com o SERVQUAL (Cronin & Taylor, 1992; Brady *et al.*, 2002).

Cronin e Taylor (1992) afirmam que existe uma fraca evidência, quer teórica quer empírica, que suporte a noção de que a diferença entre as expectativas e a performance seja a base para a medição da qualidade de um serviço. Para estes autores, apenas a “performance” do modelo, ou seja, o serviço experimentado, determina a sua qualidade. Assim, com base nestas premissas, desenvolveram um modelo de avaliação da qualidade do serviço denominado por SERVPERF onde é excluída a análise das expectativas, sendo a avaliação da qualidade realizada com base nas perceções do cliente relativamente às cinco dimensões da qualidade de serviço, definidas por Parasuraman *et al.* (1988). Essas dimensões são as seguintes: tangibilidade (instalações físicas; equipamento; aparência dos funcionários), fiabilidade (capacidade para executar o serviço prometido de forma confiável e precisa), capacidade de resposta (vontade de ajudar os “clientes” e oferecer um serviço rápido), segurança (cortesia e conhecimento dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança) e empatia (atenção cuidadosa e individualizada que a organização fornece aos seus “clientes”).

Assim, segundo Cronin e Taylor (1992) a qualidade de um serviço pode ser representada da seguinte forma:

Qualidade de Serviço = **Performance** do Serviço Percebido

Uma extensa pesquisa bibliográfica, com o intuito mostrar o estado da arte sobre a temática e igualmente compreender de que forma é que estes instrumentos têm vindo a ser aplicados no sector da saúde nos últimos anos, e mais em concreto na área das análises clínicas, revelou a existência de uma quantidade residual de estudos com reconhecimento científico que avaliam a qualidade percebida nesta área específica dos cuidados de saúde, tendo por base instrumentos multidimensionais como o SERVQUAL e/ou o SERVPERF.

Dado o vazio verificado no que concerne à existência de estudos científicos de avaliação da qualidade percebida aplicados ao contexto específico das análises clínicas, aplicar um instrumento desta natureza revela-se de todo o interesse, quer a nível científico quer a nível profissional. Para além do interesse ao nível da qualidade

nos serviços de saúde e dada a experiência profissional como Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública que realiza colheitas nos centros de saúde, é ainda do interesse da autora contribuir para o conhecimento científico mediante a realização de uma análise ao desempenho do serviço que é prestado, centrada na auscultação e avaliação da qualidade percebida pelos utentes que se deslocam aos centros de saúde para efetuarem análises clínicas.

Este trabalho de investigação consiste num estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo, que tem como objetivo geral avaliar a qualidade percebida pelos utentes que se deslocam ao Serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde do ACES Central, com base num modelo SERVPERF traduzido e adaptado a este tipo de serviços. Relativamente aos objetivos específicos, pretende-se com este trabalho:

- Conhecer o perfil sociodemográfico da população-alvo do estudo;
- Analisar as interações entre as variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, nacionalidade, local de residência, grau de escolaridade, situação profissional e as variáveis qualidade global dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia;
- Efetuar uma análise da avaliação da qualidade percebida pelos utentes em Análises Clínicas nos centros de saúde, quer na sua totalidade, quer ao nível das várias dimensões e testar a sua relação na satisfação com os serviços prestados;
- Aprofundar e contribuir para o conhecimento científico na área da qualidade percebida, em particular ao nível do serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde.

O questionário SERVPERF foi aplicado a uma amostra não probabilística por conveniência composta por 113 utentes e os dados recolhidos foram posteriormente sujeitos a tratamento e análise estatística. Seguidamente foi feita a discussão dos resultados obtidos e apresentaram-se as respetivas conclusões.

A presente dissertação encontra-se estruturada em sete capítulos fundamentais. No primeiro e presente capítulo, a introdução, é fornecida uma visão geral sobre a dissertação, descrevendo a problemática em estudo, as motivações que levaram ao estudo do tema proposto, os objetivos gerais e específicos e a metodologia de

investigação. No segundo capítulo encontra-se o enquadramento teórico, onde são abordados os temas Serviços, Qualidade, Qualidade percebida e respetivos instrumentos para a sua avaliação. No terceiro capítulo é descrita toda a metodologia, nomeadamente o tipo de estudo, o local do estudo, a população-alvo, as principais hipóteses a testar, a técnica de amostragem e dimensão da amostra, o instrumento utilizado para a recolha dos dados, as questões de ética e confidencialidade e as estratégias utilizadas para efetuar o tratamento estatístico e análise de dados. No quarto capítulo é feita a apresentação e análise dos resultados obtidos e no quinto capítulo consta a discussão dos mesmos. No sexto capítulo são apresentadas as conclusões finais, as limitações que surgiram na elaboração do estudo, propostas de intervenção e as sugestões para futuros trabalhos de investigação. Por fim, no sétimo e último capítulo encontram-se as referências bibliográficas.

## Capítulo 2 – Enquadramento Teórico

### 2.1 – Serviços

#### 2.1.1 – O conceito de serviço e as suas características

Na década de oitenta, o conceito de serviço foi um tema bastante discutido na literatura, existindo um vasto número de definições baseadas no serviço e na sua atividade (Tinoco, 2013).

Grönroos (2000) define o serviço como um processo constituído por um conjunto de atividades, mais ou menos intangíveis, que geralmente são concretizadas através da interação entre o cliente e os recursos humanos da entidade prestadora do serviço, sendo essas atividades prestadas como soluções para os problemas dos clientes. Os serviços podem então caracterizar-se, segundo este autor, de três formas básicas: como processos constituídos por atividades ou séries de atividades e não por bens; como algo que é produzido e simultaneamente consumido; como algo cuja produção requer sempre a participação do cliente (Grönroos, 2000).

De acordo com Johnston e Clark (2001) citado por Tinoco (2013), o serviço é descrito como uma combinação de resultados e experiências prestadas e recebidas por um cliente.

Segundo Lovelock e Wright (1999) o serviço é um ato ou desempenho, oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção.

Já Kotler *et al.* (2002) consideram que um serviço é qualquer atividade ou benefício que uma parte pode oferecer a outra, sendo essencialmente intangível e não resultando na propriedade de alguma coisa. Ainda segundo estes autores, o serviço pode ou não estar associado a um produto físico.

Zeithaml e Bitner (2003) também apresentam uma definição de serviço simples e amplamente generalizada: serviços são atos, processos e desempenhos.

Contudo os serviços caracterizam-se essencialmente por apresentarem certas particularidades que os distinguem dos bens/produtos. Os autores Kotler *et al.* (2002) e Zeithaml e Bitner (2003) destacam as principais características dos serviços:

- ***Intangibilidade:*** ao contrário dos bens físicos/produtos, os serviços são intangíveis, pois não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem adquiridos (Kotler *et al.*, 2002; Zeithaml & Bitner, 2003);

- Variabilidade: ao contrário dos produtos, os serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os executa, bem como de quando, onde e como estes são prestados (Kotler *et al.*, 2002). Ou seja, dois serviços iguais desempenhados pela mesma pessoa em momentos diferentes, nunca irão ser exatamente iguais (Zeithaml & Bitner, 2003), o que torna os serviços altamente variáveis, podendo isso afetar a sua qualidade (Kotler *et al.*, 2002);
- Inseparabilidade: um produto/bem físico pode ser produzido e consumido separadamente. No caso dos serviços, estes são produzidos e consumidos simultaneamente e não se podem separar dos seus prestadores (Kotler *et al.*, 2002; Zeithaml & Bitner, 2003). Isto quer dizer que se uma pessoa prestar um determinado serviço, então essa pessoa é parte integrante do serviço (Kotler *et al.*, 2002);
- Perecibilidade: os serviços não podem ser colocados em stock, armazenados, revendidos, devolvidos ou preservados para serem utilizados mais tarde (Zeithaml & Bitner, 2003), o que quer dizer que, ao contrário de um produto, quando um serviço oferecido não for utilizado por qualquer motivo, não poderá ser posteriormente utilizado (Kotler *et al.*, 2002).

### 2.1.2 – O caso dos serviços de saúde: um exemplo de especificidade

Os serviços de Saúde são um tipo de serviço muito específico, onde as pessoas precisam, mas que necessariamente não querem, constituindo ao mesmo tempo, o tipo de serviço mais pessoal e importante que os utentes compram (Berry & Bendapudi, 2007).

Num estudo bastante detalhado que desenvolveram sobre esta temática, Berry e Bendapudi (2007), referem que à semelhança de todos os outros serviços, os serviços de saúde apresentam as seguintes características: **1) intangibilidade**: os principais benefícios do diagnóstico médico, tratamento e educação do paciente derivam principalmente de desempenhos; **2) variabilidade**: a performance de um profissional de saúde não é igual à de outro, existindo uma variabilidade não só ao nível do estilo de serviço e das capacidades de comunicação, mas também ao nível das capacidades técnicas; **3) inseparabilidade**: os serviços de saúde são fornecidos para as pessoas que precisam de estar presentes no ato de fornecimento do serviço; **4) perecibilidade**: para criar valor, as unidades de saúde necessitam de ter a trabalhar pessoal e equipamentos num espaço físico próprio. Por isso, quando um utente falta a um exame ou consulta, o valor dos mesmos perde-se; **5) desigualdade de conhecimento**:

tal como em outros serviços técnicos, como é caso de reparação ou serviços de avaliação, os clientes estão em notável desvantagem de conhecimento quando utilizam um serviço de saúde; **6) dificuldade de avaliar a qualidade:** a saúde é um serviço em que a qualidade clínica muitas vezes é difícil de avaliar para o paciente, mesmo após a execução do serviço, devido à falta de conhecimentos na área.

No entanto, apesar das semelhanças supracitadas, os serviços de saúde representam um tipo de serviços especial, possuindo determinadas características que os distinguem dos restantes serviços. No seu estudo, Berry e Bendapudi (2007) identificam igualmente essas mesmas características:

1) Nos serviços de saúde o cliente está doente:

Os clientes dos serviços de saúde normalmente estão doentes, sob stress e por vezes estão a viver dentro da “fábrica dos serviços” (pacientes internados). As conjunturas dos pacientes ao verem-se no papel de clientes de serviços médicos podem levá-los a ser mais emocionais, exigentes, sensíveis e/ou dependentes do que habitualmente seriam noutra situação em que fossem consumidores;

2) Nos serviços de saúde o cliente está relutante:

A presença ou a possibilidade de doença empurra as pessoas para o papel de clientes dos serviços de saúde, onde muitas vezes as pessoas necessitam de determinados serviços mas não os querem. Isso causa relutância e que por conseguinte afeta a qualidade percebida do serviço. O profissional de saúde até pode fazer o seu melhor, mas o paciente pode não ficar satisfeito. Nestes casos a cooperação do paciente durante e depois da prestação do serviço é muito importante para o sucesso do mesmo;

3) Nos serviços de saúde o cliente tem de renunciar à sua privacidade:

Os serviços de saúde são inerentemente pessoais, mas não privados. Muitas vezes, para que seja prestado um melhor serviço de saúde, o cliente tem de se despir, falar sobre assuntos de natureza muito pessoal e íntima com pessoas que estão a ver pela primeira vez. Para além disso o paciente tem de sujeitar o seu corpo a exames complementares de diagnóstico, sendo alguns incómodos e até mesmo dolorosos;

4) Nos serviços de saúde o cliente tem de ser visto holisticamente:

Os serviços de saúde devem ser personalizados para ter em conta não só a condição clínica do paciente, mas também sua idade, condição mental, características pessoais, preferências, circunstâncias familiares e capacidade financeira. Em suma, o paciente tem de ser visto como um todo;

5) Nos serviços de saúde o cliente corre riscos:

É difícil imaginar um serviço onde os clientes estão mais expostos ao risco do que num serviço de saúde. São várias as fontes de risco, como por exemplo: infeções, erros na prescrição médica, erros de administração de medicamentos, cirurgias que correm mal e erros de comunicação que contribuem para enganos de diagnóstico e tratamento;

6) Nos serviços de saúde, o pessoal clínico está sob stress físico e emocional:

O stress físico e emocional provocado por este tipo de trabalho é imenso. O pessoal de saúde trabalha durante longos turnos com pausas muito curtas, praticamente não se sentam, executam trabalhos pesados, percorrem por dia vários quilómetros e possuem ainda o tempo como fator crucial, que pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Já no campo do stress emocional, a fonte causadora do mesmo, mais no caso dos médicos, é o facto dos médicos terem de dar más notícias aos familiares.

### **2.1.3 – O Sistema de Saúde em Portugal**

A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados. O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, tendo sido criado pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência nas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI) (DGS, 2010).

O objectivo primário do SNS é a persecução por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva (Decreto-Lei nº 11 de 15 de janeiro de 1993). Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente: os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde (Portal da Saúde, 2012).

Por sua vez, os cuidados de saúde primários enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, são o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 28 de 22 de Fevereiro de 2008).

A criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) é uma realidade com apenas sete anos e encontra-se legislada no Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro. Segundo este decreto-lei, os ACES são “*serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica*”.

Deste modo a saúde é hoje encarada como um sistema, com diversos níveis de intervenção e uma organização específica a cada nível. Para além de modelos de financiamento adequados, possui métodos de avaliação específicos com objetivos em termos de efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

## **2.2 - Qualidade**

### **2.2.1- O conceito de qualidade**

O construto da qualidade é um conceito vasto que tem sido abordado de forma diferente por diversos autores, não existindo nem um consenso nem uma definição global. Na literatura constam diferentes definições para o termo qualidade, provenientes de diferentes épocas e de autores distintos, reproduzindo assim os pensamentos que tinham sobre o tema num determinado contexto (Salvador, 2012; Tinoco, 2013).

Qualidade é um conceito que pode ser usado tanto a nível industrial, quando se refere a produtos/bens físicos, como a nível dos serviços com a intangibilidade que lhe está associada (Godinho, 2011).

Para Dale e Cooper (1995), qualidade são os atributos de um produto ou serviço que ao serem conhecidos pelo consumidor, tornam-no atrativo e dão-lhe significado.

Fey e Gogue (1983) consideram no seu livro intitulado “Princípios da Gestão da Qualidade”, a definição dada pela Associação Francesa de Normalização e assumem que a qualidade de um produto ou serviço é a sua capacidade para satisfazer as necessidades dos utilizadores.

Por sua vez, Juran (1989) designa qualidade como a “aptidão ao uso” e a sociedade ou cliente, como o destinatário do produto ou serviço, ou seja, é quem recebe ou quem é influenciado pelo mesmo.

Segundo Mezomo (2001), a qualidade é o conjunto de propriedades de um serviço ou produto que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa), concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes.

Já Parasuraman *et al.* (1985) referem de acordo com a filosofia japonesa dominante que a qualidade é: zero defeitos; fazer bem à primeira vez.

A Associação Americana para a Qualidade (ASQ, s.d.) define a qualidade como sendo um termo subjetivo para o qual, cada pessoa ou setor tem a sua própria definição. Em termos técnicos a qualidade pode ter dois significados: **1)** as características de um produto ou serviço que afetam a sua capacidade de satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas; **2)** um produto ou serviço livre de deficiências.

Em Portugal, o conceito de qualidade está enquadrado legalmente e pode ser definido, de acordo com o Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho (2004) “*como o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade*”.

Como se pode constatar, existem inúmeras definições de qualidade. No entanto, para que esta possa assumir efetivamente um papel estratégico na gestão de qualquer organização, é imprescindível uma clara compreensão do seu real significado. Nesse sentido, Garvin (1984) agrupa as várias definições da qualidade em cinco abordagens:

- Transcendente: de acordo com esta abordagem a qualidade significa excelência inata e é reconhecida quando a vemos;
- Baseada no produto: esta abordagem vê a qualidade como uma variável precisa e objetivamente mensurável, sendo que as diferenças de qualidade são tidas como reflexos de presenças, ausências ou diferenças nas quantidades de componentes ou atributos do produto;
- Baseada no utilizador: abordagem subjetiva e pessoal que concebe a qualidade como a adequação ao uso ou como a capacidade de um produto corresponder às preferências do consumidor;
- Baseada na construção: segundo esta abordagem, a qualidade é determinada pela procura de um produto. Se as pessoas querem o produto é porque este é bom;
- Baseada no valor: envolve qualidade e preço. Um produto oferece qualidade quando oferece um desempenho ou conformidade a um preço ou custo razoável, ou seja, é a excelência possível de ser adquirida.

Ao explorar as diferentes abordagens da qualidade verificamos que estas são fruto da evolução da indústria, dos mercados e do comportamento dos consumidores. Nenhuma definição de qualidade será a melhor na generalidade das situações, pois cada uma terá os seus pontos fortes e fracos em termos da sua mensurabilidade, capacidade de generalização, utilidade para a gestão e relevância para o consumidor (Tinoco, 2013).

Segundo Garvin (1984) todas as definições de qualidade podem coexistir, sendo muitas vezes necessário utilizar diferentes significados de qualidade em diferentes setores empresariais. Para além disso, é ainda necessário estar preparado para redefinir a qualidade, como resposta a fatores externos ou quando a aprendizagem organizacional determinar e permitir.

### **2.2.2- A qualidade dos serviços**

O conceito de qualidade do serviço suscita considerável discussão e interesse na literatura, pelo facto de existir dificuldade na sua definição e avaliação. Este conceito é sintético e qualquer tentativa para o debater envolve a discussão das suas componentes, isto é, serviço e qualidade (Tsoukatos, 2008; Urban, 2009).

O interesse pela temática da qualidade dos serviços tem vindo a aumentar consideravelmente e a ser debatida por muitos autores, não só devido à dificuldade na definição de ambos, mas também na sua mensuração. A questão que se coloca é *“porque é que se deve medir a qualidade de um serviço?”* A resposta é simples, porque a medição permite aos gestores a localização de eventuais problemas relacionados com a qualidade do serviço e a comparação do antes e depois das medidas adotadas para a resolução desses problemas, que deverão passar pelo estabelecimento de normas claras para a qualidade do serviço (Godinho, 2011).

Segundo Butle (1996), a qualidade do serviço tem-se revelado uma importante área de pesquisa, pela sua relação com os custos, com o lucro, com a satisfação e/ou retenção de clientes e com os comentários boca-a-boca positivos.

De acordo com Zehir *et al.* (2011) a qualidade do serviço é uma avaliação objetiva que reflete a perceção do cliente sobre certos elementos do serviço tais como: a qualidade da interação, a qualidade do ambiente físico e a qualidade dos resultados.

Bitner *et al.* (1994) definiram qualidade do serviço como a visão global do cliente relativamente à inferioridade/superioridade de uma organização e respetivos serviços.

Cronin e Taylor (1994) compreendem a qualidade do serviço como uma atitude que representa uma avaliação global a longo prazo. Por isso a manutenção da qualidade do serviço em determinado nível e a sua subsequente melhoria, devem ser tidas em conta com vista a fidelizar os clientes desse serviço.

Las Casas (1999) adverte que é importante entender que os serviços possuem duas componentes da qualidade que devem ser consideradas: o serviço propriamente dito e a forma como este é percebido pelo cliente. O presente trabalho de investigação vai incidir sobre a segunda componente, a qualidade percebida, seguindo assim uma filosofia de orientação para o cliente, onde se interpretará a qualidade do serviço como aquela que é percecionada pelo cliente (utente). Contrariamente á qualidade objetiva, que diz respeito à superioridade mensurável e verificável de um serviço quando equiparado com um padrão ideal (Otálora & Orejuela, 2007).

Na mesma linha de pensamento de Bitner *et al.* (1994), Dominguez (2000) refere que a qualidade percebida pode ser compreendida como o julgamento do consumidor acerca da excelência de um produto ou serviço e Louro (2000) afirma que a qualidade percebida consiste na perceção dos consumidores em termos da qualidade ou superioridade de um produto ou serviço, relativamente á sua funcionalidade e ás suas alternativas.

Como se vê, muitas definições foram geradas ao longo do tempo, mas foi em 1985 que surgiu a definição que mais aceitação viria a ter entre académicos e investigadores (Otálora & Orejuela, 2007). Parasuraman *et al.* (1985), desenvolveram uma pesquisa exploratória, onde consideraram que a qualidade do serviço é definida como a discrepância entre as expectativas dos clientes em relação ao serviço e a sua perceção em relação ao serviço recebido, suportando assim a noção de que a qualidade do serviço é uma avaliação global análoga a uma atitude (Parasuraman *et al.*, 1988).

Deverá entender-se por expectativas, o que o indivíduo sente que deve ser oferecido na prestação do serviço e a perceção do serviço, como sendo a avaliação individual da forma como o serviço prestado preencheu as suas expectativas (Parasuraman *et al.*, 1988). Alguns anos mais tarde, em 1992, Cronin e Taylor, afirmaram que a qualidade dos serviços deveria mesmo ser encarada como uma atitude, de tal forma que a sua medição deva ser apoiada apenas nas perceções. Mais tarde, em 1994, os mesmos autores esclarecem que isso em nada contradiz a importância do efeito único que as expectativas podem ter sobre a perceção da qualidade dos serviços (Cronin & Taylor, 1994).

Anos depois, vários autores, como é o caso de Asuboteng *et al.* (1996) e Nitecki e Hernon (2000), continuaram a definir “qualidade do serviço”, de forma consensual e idêntica á definição apresentada por Parasuraman *et al.* (1985). Asuboteng *et al.* (1996) referem que a qualidade do serviço consiste na diferença entre as expectativas do consumidor relativas à performance do serviço e as suas perceções da qualidade do serviço, após o terem recebido. Já Nitecki e Hernon (2000) definiram qualidade do serviço em termos do “conhecimento ou superação das expectativas dos clientes”.

### **2.2.3 – A qualidade em Saúde**

A qualidade é transversal a todos os setores de atividade. Nos últimos anos, a preocupação com este tema ultrapassou as fronteiras da área industrial e tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde. Talvez por isso, num período de grandes desafios para o setor, como o que vivemos atualmente, este seja um dos temas mais presentes no debate político, nas estratégias e políticas de saúde de muitos países (Mendes, 2012).

A qualidade em saúde é um tema vasto que abrange um conjunto de vários significados e que tem evoluído com as mudanças organizacionais e culturais implícitas do próprio sistema de saúde (Miranda, 2010).

A qualidade dos serviços em saúde tem vindo a assumir principal relevância na prestação de cuidados de saúde, pois a procura de serviços de saúde em Portugal aumentou nos últimos anos (Godinho, 2011; Marques, 2010). Este facto está diretamente relacionado com o aumento da informação dos cidadãos, expectativas de uma maior esperança de vida, de uma melhor qualidade de vida em resultado dos processo tecnológicos, de melhores condições de atendimento nos hospitais e outras organizações de saúde (Marques, 2010).

A qualidade nos serviços de saúde é uma dimensão relativamente recente, que se tem vindo a destacar na sociedade moderna. É um conceito que assume um carácter subjetivo e bastante complexo, englobando fatores relacionais e comportamentais, características individuais dos utentes, sociais da população e o conceito do próprio serviço e do prestador do serviço (Fernandes, 2012). Segundo Spath (2009) citado por Fernandes (2012), as instituições de saúde devem esforçar-se por medir, avaliar e melhorar o seu desempenho. Para além do empenho da gestão de topo e colaboradores, as instituições devem também criar uma metodologia centrada na realização de atividades de qualidade e uma dinâmica que incentive e apoie a melhoria continua, nomeadamente, a implementação de sistemas de gestão da

qualidade.

Pereira (2003) citado por Marques (2010) afirma que o conceito de qualidade aplica-se de forma transversal nos serviços de saúde, desde o ato do atendimento (trata-se do primeiro contacto com a instituição) aos atos praticados por todos os outros profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos ou auxiliares de ação médica até á qualidade dos equipamentos e sua performance.

Para Donabedian (1988) a qualidade dos cuidados de saúde tem de maximizar o bem-estar dos pacientes e também equacionar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham todo o processo de cuidados, em todas as suas componentes. Este autor definiu também como pilares para a avaliação da qualidade na área da saúde, os seguintes elementos:

- A estrutura, que diz respeito às características do ambiente que envolve o local onde o serviço é prestado;
- O processo, referente às ações executados para receber e prestar cuidados de saúde;
- O resultado, que expressa os efeitos dos cuidados prestados, no estado de saúde do utente.

Segundo Legido-Quigley *et al.* (2008), a literatura sobre a qualidade dos serviços de saúde é muito extensa e ao mesmo tempo difícil de sistematizar. Dependendo do paradigma disciplinar, a qualidade pode ser entendida de diversas maneiras, usando diferentes termos, rótulos e modelos. Onde parece haver unanimidade é no facto de não existir consenso sobre como definir a qualidade dos cuidados de saúde e que a falta de um quadro comum sistemático, deve-se em grande medida, á diversidade na linguagem usada para descrever este conceito.

No entanto, segundo Campos *et al.* (2010), em saúde, apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define, é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Como tal, no seu trabalho, Campos *et al.* (2010) adota a definição criada pelo Programa Ibérico, em 1990, que considera que a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão com o melhor desempenho possível. No entender de Campos *et al.* (2010), esta é uma das definições mais completas de qualidade em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, resultados de saúde para os doentes e a eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006).

A definição até hoje mais aceite é a do Institute of Medicine (IOM) que considera a qualidade em saúde como o 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 (Kohn *et al.*, 2000). Este conceito concentra a ideia mais global de qualidade em saúde que envolve a relação direta entre prestadores e doentes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS, 2012).

Para Pisco e Biscaia (2001), a definição de qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, seja ele doente, prestador de cuidados de saúde ou gestor. Para o doente 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 de resultados clínicos é o fator mais relevante para o prestador e não para os restantes, tornando assim a questão da qualidade em saúde difícil de abordar (Pisco & Biscaia, 2001). Estas três perspetivas, quando integradas, contemplam uma visão global da qualidade de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos. Por esse motivo, Donabedian (1988) define sete atributos (pilares) que caracterizam a complexidade da qualidade nos cuidados de saúde, sendo eles os seguintes:

Eficácia – capacidade dos 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 utilizadores no âmbito da

acessibilidade, relação médico-doente, sensação de bem-estar, efeitos e custos dos cuidados;

Legitimidade – conformidade com as preferências sociais;

Otimização – relação mais favorável entre benefícios e custos;

Equidade – igualdade na distribuição dos cuidados e os seus efeitos sobre a saúde.

Em 2001, o IOM (Institute of Medicine) aponta seis dimensões da qualidade onde se incluem a efetividade e a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente (Berwick, 2002). Já outros autores caracterizam a qualidade dos serviços de saúde através de atributos como a performance técnica, a gestão das relações interpessoais, as condições da prestação de cuidados, a resposta às preferências dos pacientes, a eficiência e a eficácia (Ransom *et al.*, 2008).

Resumindo, a qualidade em geral e na saúde em particular, pode ser entendida como uma filosofia de gestão, mas terá de ser orientada para o cliente, tendo em atenção os recursos disponíveis e a capacidade de implementar processos adequados. Tudo isto com vista á obtenção dos resultados previstos, designadamente a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, que no caso da saúde são fundamentais para os pacientes e para os profissionais, sejam estes prestadores diretos ou indiretos de cuidados de saúde (Miranda, 2010).

#### **2.2.4 – A qualidade no âmbito das Análises Clínicas**

Antigamente, o objetivo dos prestadores de serviços de saúde, na qual se inserem os prestadores na área das Análises Clínicas, era fornecer os seus serviços sabendo que esse utente iria voltar mais tarde e que existiriam sempre outros utentes para receber serviços na área dos cuidados de saúde. Isto quer dizer que nessa altura, o importante era fornecer os serviços de saúde, sendo que a forma e atitude com que esses serviços eram ministrados não tinham importância. Atualmente já não é bem assim, pois os utentes estão mais sofisticados, fazem escolhas sobre os cuidados de saúde pretendidos e procuram simultaneamente um atendimento que seja excepcional (Anderson, 2008 citado por Salvador, 2012). Posto isto, a diferença entre o sucesso e insucesso para enfrentar os tempos que correm está na capacidade permanente dos laboratórios de Análises Clínicas e serviços do género inovarem a sua forma de atuação, melhorando assim a qualidade percebida (Seki *et al.*, 2003).

A aplicação de normas de qualidade, como as ISO (International Organization for Standardization) e o uso de sistemas de gestão em laboratórios clínicos veio enfatizar ainda mais a perspetiva do utente na melhoria dos serviços laboratoriais. Atualmente é um desafio para o gestor/diretor de um laboratório alcançar e utilizar a perspetiva do cliente (Oja *et al.*, 2009). É frequente, os gestores e/ou diretores dos laboratórios clínicos assumirem que conhecem as necessidades dos utentes e partem para a medição direta da performance em áreas específicas (exatidão, precisão, velocidade, questões económicas). Contudo, uma outra abordagem que tem de começar a ser mais utilizada para mensurar a qualidade é a avaliação da qualidade percebida e inerentemente a satisfação dos utentes com os serviços prestados, sem fazer suposições sobre o que realmente necessitam.

A qualidade percebida e satisfação do utente traz as preferências do mesmo para o processo de avaliação da qualidade, corrigindo suposições equivocadas sobre quais as dimensões ou aspetos particulares os utentes valorizam mais (Jones *et al.*, 2009 citado por Salvador, 2012). Nesse sentido, torna-se fundamental considerar e avaliar a qualidade percebida, adequando os serviços oferecidos às necessidades dos utentes e, desta forma, procurar alcançar um elevado nível de satisfação. A identificação dos pontos críticos possibilitará a implementação de ações corretivas ou melhorias no processo de prestação do serviço, que permitam ir ao encontro das necessidades dos utentes (Moura *et al.*, 2008).

Convém fazer a referência de que num serviço em que se executam análises clínicas, a avaliação da qualidade feita pelo utente incide principalmente com os eventos que compõem o procedimento da colheita de produtos biológicos, uma vez que este é o momento em que o utente tem uma relação mais estreita com o serviço e com os seus profissionais (neste caso os TACSP), passando a criar o seu conjunto de conceitos, isto é, a formar a sua perceção da qualidade do serviço (Moura *et al.*, 2008).

O Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública (TACSP) tem como principais funções desenvolver a sua atividade em contexto laboratorial, no âmbito do diagnóstico, terapêutica e prevenção da doença, nomeadamente em áreas como a microbiologia, hematologia, química clínica, imunologia, endocrinologia, imuno-hemoterapia, entre outras. As suas atividades incluem colheitas de produtos biológicos, seleção de técnicas, equipamentos e reagentes mais adequados ao trabalho a realizar; planejar, programar e efetuar determinações analíticas, procedendo ao controlo e garantia da qualidade; registo e avaliação dos resultados, em função do diagnóstico, tratamento ou rastreio, a que se destinam (Decreto-Lei nº 564 de 21 de Dezembro de 1999).

### 2.2.5 – As dimensões da qualidade dos serviços

A adoção da definição de qualidade mais adequada nem sempre conduz à operacionalização pretendida. Para que tal aconteça é necessário fazer a ponte entre as necessidades dos consumidores e as especificações dos serviços, tornando-se importante proceder à segmentação da qualidade em dimensões mais específicas e operacionais (Tinoco, 2013).

Ao longo do tempo, os investigadores e estudiosos na área foram identificando as principais dimensões utilizadas pelos clientes para avaliar a qualidade dos serviços prestados. Hoje em dia, a generalidade dos investigadores adotam uma de duas perspetivas, que são a “perspetiva Nórdica” e a “perspetiva Americana”. A “perspetiva Nórdica” foi proposta por Grönroos (1984) e a “perspetiva Americana” foi proposta por Parasuraman *et al.* (1985; 1988) (Akhtar, 2011; Tsoukatos, 2008).

Na “perspetiva Nórdica”, Grönroos (1984) identificou duas dimensões da qualidade do serviço, nomeadamente a qualidade técnica e a qualidade funcional. Este autor definiu a qualidade técnica como sendo “o que os consumidores recebem como resultado das suas interações com uma empresa de serviços”, identificando a habilidade técnica dos funcionários, os seus conhecimentos, as soluções técnicas, os sistemas computadorizados e a qualidade das máquinas, como sendo os cinco atributos ao nível da qualidade técnica. Por sua vez a qualidade funcional representa a “maneira em que a qualidade técnica é transferida” e identificou o comportamento, a atitude, a acessibilidade, a aparência, o contacto com o consumidor, as relações internas e o espírito do serviço, como sendo os seus sete atributos. Este mesmo autor concluiu ainda que a qualidade técnica e funcional do serviço constrói a “imagem” corporativa da empresa.

Como afirma Imrie (2011) a “perspetiva Nórdica” da qualidade do serviço foi a primeira a ser publicada na literatura académica. No entanto, o primeiro programa efetivo de pesquisa, dedicado a responder às questões “qual é a melhor forma para definir qualidade do serviço?” e “qual é a melhor maneira de medir a qualidade do serviço?”, foi lançado por Parasuraman *et al.* (1985; 1988) (Schneider & White, 2004 citado por Salvador, 2012). Este programa desenvolveu a “perspetiva Americana” da qualidade do serviço.

No ano de 1985, Parasuraman *et al.* (1985) construíram um instrumento de 34 itens para avaliar a qualidade do serviço, que compreendia 10 dimensões, nomeadamente:

fiabilidade, capacidade de resposta, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreender/conhecer o cliente e aspetos tangíveis.

No entanto, um trabalho subsequente realizado pelos mesmos autores em 1988 (Parasuraman *et al.*, 1988) resultou na criação de um instrumento de medição da qualidade do serviço, composto por 22 itens que compreendiam cinco dimensões. As dimensões fiabilidade, capacidade de resposta, e aspetos tangíveis foram mantidas (tal como foram identificadas em 1985), enquanto as dimensões comunicação, competência, credibilidade, cortesia e segurança, fundiram-se numa nova dimensão designada por “segurança”. As dimensões, acesso e compreender/conhecer o cliente, fundiram-se para formar a nova dimensão “empatia”.

Parasuraman *et al.* (1988) designou este instrumento como SERVQUAL e definiu as suas cinco dimensões como as seguidamente apresentadas:

- Tangibilidade: Aparência das instalações físicas, dos equipamentos e dos funcionários;
- Fiabilidade: Capacidade para efetuar o serviço prometido de forma confiável e precisa;
- Capacidade de resposta: Vontade de ajudar os clientes e prestar o serviço prontamente;
- Segurança: Conhecimento (competência), cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança;
- Empatia: Atenção cuidadosa e individualizada, que é fornecida aos seus clientes e facilidade de contato e comunicação.

Embora não haja um consenso global relativamente a qual das perspetivas (Americana ou Nórdica) representa a abordagem mais adequada, a "perspetiva Americana" domina a literatura (Otálora & Orejuela, 2007; Schneider & White, 2004 citado por Salvador, 2012; Tsoukatos, 2008) pois o seu desenvolvimento gerou uma série de estudos replicados em várias condições, setores e países. Parasuraman *et al.* (1988) afirmou que as 5 dimensões e os 22 itens propostos na sua "perspetiva Americana" são de natureza genérica e passível de ser aplicada a todas as organizações de serviços.

No entanto, este instrumento de medição da qualidade do serviço, desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988) tem sido alvo de críticas desde o seu desenvolvimento (Johnston, 1995).

Em 1992, Cronin e Taylor (1992) usando os mesmos itens do SERVQUAL e considerando á partida as mesmas dimensões, demonstraram que a estrutura de cinco dimensões da qualidade percebida, proposta por Parasuraman *et al.* (1988), não se confirmou em nenhum dos setores em que incidiu o seu estudo (banca, empresa de controlo de pragas, limpeza a seco e empresa de fast-food). Consequentemente, a qualidade nesses setores acabou por ser encarada como um construto unidimensional. Os autores sugerem ainda que os itens que definem a qualidade de um serviço podem ser diferentes consoante o tipo de serviço que se trata.

Por sua vez Asubonteng *et al.* (1996) realizaram uma ampla revisão de estudos sobre a qualidade dos serviços e consequentemente sugeriram que as cinco dimensões da qualidade dos serviços são suscetíveis de serem específicas apenas para a indústria. No mesmo ano, Buttle (1996) elaborou uma crítica detalhada sobre as questões que envolvem as 5 dimensões consideradas pelo instrumento criado por Parasuraman *et al.* (1988), tendo por base, principalmente, o número de dimensões e o contexto em que este se insere.

Chowdhary e Prakash (2007) referem também variações que vão desde a unidimensionalidade até duas, três, quatro, cinco, seis e até oito dimensões em estudos sobre a qualidade dos serviços.

### **2.2.6 – As dimensões da qualidade ao nível dos serviços de saúde**

Também na área específica da qualidade dos serviços de saúde, a temática das dimensões da qualidade não apresenta consenso (Salvador, 2012).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a qualidade em saúde tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade, integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação de cuidados, a comunicação e participação. Também existem diferentes perspetivas que podem e devem ser consideradas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador, neste caso o utente (DGS, 2012).

As dimensões da qualidade em serviços mais conhecidas são: acessibilidade, eficácia, eficiência, aceitabilidade e equidade, o que vai ao encontro do referencial proposto por

Donabedian ao considerar a qualidade como sendo um fenómeno complexo que deveria ser definido a partir destes atributos (Silva, 1994 citado por Abrantes, 2012).

Segundo Otálora e Orejuela (2007), os resultados obtidos nos estudos sobre as dimensões da qualidade em serviços de saúde variam em conteúdo e quantidade, de acordo com os autores, a abordagem, metodologia, a altura e o tipo de instituição onde o estudo é conduzido.

Babakus e Mangold (1992), mediante a utilização de um SERVQUAL modificado para avaliar a qualidade dos serviços hospitalares, concluíram que o instrumento proposto por Parasuraman *et al.* (1988) produzia medidas unidimensionais de expectativas e percepções.

Mais tarde, Dean (1999), num estudo onde investigou a aplicabilidade de um instrumento SERVQUAL (modificado) a dois tipos de contextos em serviços de saúde, (cuidados de saúde e cuidados médicos), identificou 4 dimensões importantes em saúde: a confiabilidade/capacidade de resposta, segurança, tangibilidade e empatia.

No estudo desenvolvido por De Man *et al.* (2002) sobre a percepção da qualidade em serviços de medicina nuclear, identificou as dimensões tangíveis-segurança, confiabilidade, capacidade de resposta, empatia e conveniência.

Baldwin e Sohal (2003), no seu estudo sobre a qualidade percebida nos cuidados ao nível da odontologia, sugerem 4 dimensões da qualidade, nomeadamente a capacidade de resposta, segurança empática, confiabilidade e tangibilidade.

No ano de 2005 Ramsaran-Fowdar (2005), propõe 2 dimensões adicionais relativamente à estrutura proposta por Parasuraman *et al.* (1988), sendo estas: aspetos médicos do serviço e profissionalismo/competências. O autor refere ainda que as dimensões da qualidade propostas por Parasuraman *et al.* (1988), não podem ser reproduzidas inteiramente para os serviços de saúde.

Em 2006, Rao *et al.* (2006), desenvolvem um estudo transversal aplicado à área da saúde, onde identificam as seguintes dimensões da qualidade percebida: disponibilidade de medicamentos, informação médica, comportamento do pessoal de saúde, comportamento médico e infra-estruturas hospitalares.

Yesilada e Direktör (2010), num estudo comparativo sobre os hospitais públicos e privados, demonstraram que a qualidade percebida pode ser avaliada com base em três dimensões, nomeadamente: fiabilidade – confiança, empatia e tangibilidade.

No mesmo ano, Almeida *et al.* (2010) sugerem 5 dimensões para avaliar os Serviços de Radiologia: capacidade de resposta empática, com eficiência e segurança; atenção

personalizada em termos gerais; rigor do Serviço de Radiologia; segurança e confiança empática e a aparência física das instalações.

No estudo desenvolvido por Salvador (2012), em que o objetivo era avaliar a qualidade percebida pelos utentes que se deslocam à secção de colheitas do Serviço de Patologia Clínica (SPC) do Hospital de Faro, com base no modelo SERVPERF adaptado, demonstrou que a qualidade percebida do mesmo é explicada com base em 3 dimensões, nomeadamente: fiabilidade, segurança e apresentação ao utente; capacidade de resposta empática; tangibilidade e suporte laboral.

Como é visível, não há qualquer consenso relativamente ao número e composição das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, no entanto, fica bem patente, que a maioria dos resultados propostos baseiam-se nas dimensões inicialmente propostas por Parasuraman *et al.* (1988).

Com base na revisão da literatura, pode concluir-se que apesar do facto da “perspetiva Americana” dominar a literatura sobre a qualidade dos serviços e muitos dos estudos sobre a qualidade dos serviços serem baseados nas 5 dimensões propostas por Parasuraman *et al.* (1988), não existe atualmente um consenso sobre a adaptabilidade destas a todo o tipo de serviços, incluindo os de saúde, mostrando-se aconselhável testar sempre a sua adaptabilidade a cada setor (Salvador, 2012).

Em termos das dimensões da qualidade dos serviços de saúde em que se executam análises clínicas, como sejam laboratórios, Serviços de Patologia Clínica integrados em hospitais ou similares, só foi encontrado o estudo desenvolvido por Salvador (2012) que aborda esta temática. Como tal, o presente trabalho poderá dar mais um contributo para o conhecimento científico na temática da avaliação da qualidade percebida ao nível das análises clínicas.

### **2.3- A qualidade percebida do serviço e a satisfação**

Os conceitos como satisfação e qualidade percebida do serviço, embora em constante mudança e com alguma indefinição, pois envolvem elementos subjetivos de múltiplas dimensões, são geralmente aceites como indicadores importantes na avaliação dos cuidados de saúde (Tinoco, 2013). A maioria da literatura existente revela uma clara falta de consenso por parte dos autores, no que respeita à relação existente entre a satisfação do consumidor e a qualidade percebida do serviço (Salvador, 2012).

A qualidade percebida do serviço foi definida por Parasuraman *et al.* (1988) como o juízo do consumidor sobre a excelência global ou superioridade de um determinado

serviço, sendo um conceito distinto da qualidade objetiva. A qualidade percebida é, para estes autores, uma forma de atitude relacionada, embora não equivalente, com a satisfação, resultando da comparação entre as expectativas e as perceções do desempenho. Tal como os autores anteriores, também Grönroos (1984) definiu a qualidade percebida do serviço como o resultado de um processo de avaliação, em que o consumidor compara o serviço realmente recebido com as expectativas que detêm acerca desse serviço, sendo este processo uma apreciação global ou atitude relativamente a este.

No entanto, segundo Cronin e Taylor (1992) é importante, para os gestores e investigadores, que seja feita a distinção dos conceitos, pois os “fornecedores” de serviços precisam de saber se o seu objetivo passa por ter consumidores que estão “satisfeitos” com o desempenho dos serviços ou então fornecer o nível máximo de “qualidade percebida do serviço”. Assim, para que haja também uma correta interpretação e compreensão, torna-se fulcral esclarecer desde já, que estes conceitos não são idênticos (Parasuraman *et al.*, 1988). No passado era comum pensar-se em qualidade do serviço e a satisfação como sendo um só. O que é facto, é que apesar destes conceitos poderem estar relacionados, eles são distintos (Parasuraman *et al.*, 1988). Enquanto a qualidade é um juízo global do serviço ou atitude relacionada com a sua superioridade, a satisfação está relacionada com uma “transação” específica. Ou seja, a qualidade percebida do serviço representa um juízo mais global e duradouro, através de múltiplos encontros ou experiências com o serviço e é semelhante a uma atitude geral face à “empresa”. Por outras palavras, a qualidade do serviço vincula-se a longo prazo, enquanto que a satisfação está associada a um juízo transitório, suscetível de ser alterado em cada encontro com o mesmo (Bolton & Drew, 1991a e 1991b; Cronin & Taylor, 1992; Parasuraman *et al.*, 1988). Em 1992, Cronin e Taylor referiram que a qualidade de um serviço é uma variável que antecede a satisfação ou seja, a qualidade do serviço é considerada um pré-requisito crítico para o estabelecimento e manutenção de relações satisfatórias com os clientes. Lee *et al.* (2000) vêm mais tarde corroborar essa mesma ideia, demonstrando através de um suporte empírico, resultante do seu estudo, que a qualidade percebida conduz à satisfação.

A satisfação dos clientes é um indicador fundamental na avaliação da qualidade dos serviços, na medida em que a informação recolhida, influencia os gestores e os profissionais de saúde, nas decisões estratégicas e operacionais, considerando-se

assim, a satisfação, como uma medida de desempenho organizacional (Milan & Trez, 2005).

Atualmente, já está bem estabelecido que a qualidade percebida pelos consumidores conduz às suas preferências e conseqüentemente à sua satisfação e lealdade (Mitra & Golder, 2006). Apesar de anteriormente ser menosprezada, a satisfação dos utentes, tem vindo, a ser cada vez mais reconhecida como um reflexo legítimo da efetiva qualidade dos serviços de saúde. Atualmente é considerada pelos prestadores de cuidados de saúde como um objetivo fundamental dos serviços, tornando-se cada vez mais relevante na avaliação da qualidade (Fernandes, 2012).

No caso da qualidade percebida o padrão de comparação é entre o que o consumidor deve obter, deve esperar e aquilo que a empresa deve fornecer. Na satisfação o padrão de comparação usado é o que o consumidor deseja obter e o que ele acredita que vai acontecer (Parasuraman *et al.*, 1988; Spreng & Mackoy, 1996). Alguns investigadores distinguem a satisfação e a qualidade percebida por a primeira se tratar de algo mais específico e traduzir uma avaliação de curta duração, enquanto que a segunda é mais geral e diz respeito a uma avaliação de longa duração (Iacobucy *et al.*, 1995). Em suma, a qualidade do serviço aparenta estar diretamente ligada ao nível de satisfação (Salazar *et al.*, 2004), mas não consiste no mesmo (Parasuraman *et al.*, 1988). Basicamente a qualidade do serviço surge como uma estratégia de maximizar a satisfação do utente, através do atendimento das suas necessidades: se a qualidade do serviço é alta, os consumidores ficam satisfeitos (Landrum *et al.*, 2007).

#### **2.4 – Avaliação da qualidade dos serviços de saúde**

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde constitui uma temática bastante atual. Vários países incluíram na sua agenda política questões relacionadas não só com a avaliação propriamente dita, mas também com a melhoria da qualidade na saúde. Esta necessidade é justificada com os avanços da ciência, as mudanças temporais da patologia, o aumento da esperança média de vida, a incorporação de tecnologia cada vez mais sofisticada e dispendiosa na prática clínica, com a espiral de crescimento dos custos associados à saúde e com o aumento das exigências e expectativas por parte dos utentes. Paralelamente, têm-se vindo a desenvolver novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade e nas estratégias de melhoria da qualidade, com uma maior importância na avaliação da percepção da

qualidade e satisfação dos utentes. Ao mesmo tempo, verifica-se na população, uma crescente preocupação com a qualidade dos serviços que lhe são prestados. O utente, quando se dirige a uma instituição de saúde pública ou privada, valoriza, entre outras, o modo como é atendido, se é respeitado, a forma como lhe é transmitida a informação, as atitudes dos profissionais de saúde e as condições das instalações (Donabedian, 1980; Mezomo, 2001).

Posto isto, o grande desafio para os profissionais de saúde é avaliar, e conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, assegurando a todos os cidadãos serviços de qualidade, em tempo útil e com custos adequados. Conseqüentemente nos últimos tempos, tem-se verificado um maior empenho nesta área, não só a nível dos decisores políticos e das administrações de saúde, mas também a nível dos profissionais desta área e até mesmo dos próprios utentes. Estes últimos apresentam-se cada vez mais exigentes relativamente aos serviços que lhes são prestados, em termos de cuidados de saúde, dispendo de expectativas mais elevadas. Em função disso, as administrações de saúde necessitam de mais recursos para prestar serviços de alta qualidade e para atender a todas as necessidades e exigências dos seus utentes.

No entanto, quando as necessidades dos utentes conseguem ser preenchidas, as instituições de saúde ganham notoriedade e ganhos económicos, os profissionais alcançam reconhecimento profissional e motivação para novos desafios e os utentes ganham esperança de vida, para além de sentirem que os recursos económicos do país estão a ser bem administrados (Tinoco, 2013).

Ao longo dos tempos vários modelos foram sendo propostos para a avaliação da qualidade em saúde, sendo seguidamente abordados de forma sucinta.

#### **2.4.1- Modelo teórico de Donabedian**

Um dos métodos tradicionais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde foi desenvolvido por Donabedian em 1980 (Ramsaran-Fowdar, 2005), sendo o mesmo considerado como o “pai” do “moderno” movimento de avaliação da qualidade na área da saúde. O principal contributo de Donabedian foi em meados dos anos 60, com a criação de um modelo de avaliação da qualidade assente numa tríade constituída pelas componentes: estrutura, processo e resultados ou *outcomes* (Sousa et al.,

2008). A estrutura é caracterizada por aspetos relativamente estáveis, como as instalações, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm a seu alcance, os locais e o modelo da organização do trabalho. A influência ou contributo exato desta componente na qualidade final da assistência prestada é difícil de quantificar, mas a tendência é dizer que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade. O processo, por sua vez, depende da estrutura e engloba os cuidados diretos, os indiretos e os padrões de comportamento dos profissionais. Esta abordagem fundamenta-se nas fortes correlações entre conhecimento, tecnologia médica e efeitos, correspondendo ao conjunto das atividades desenvolvidas entre prestadores de cuidados e doentes no âmbito de um serviço, desde a admissão até à alta. Fruto da sua relação com os resultados, o processo desempenha um papel fulcral ao nível da qualidade dos cuidados prestados. O resultado, ou *outcome*, é considerado como sendo qualquer mudança, favorável ou adversa, no atual ou potencial estado de saúde do indivíduo ou população, decorrente dos atos médicos prestados (Ramsaran-Fowdar, 2005).

Na década de 70, 80 e em meados da década de 90, a avaliação da qualidade começou por privilegiar a estrutura e o processo, havendo uma mudança de paradigma desde então, principalmente nos países desenvolvidos, onde se começou a dar maior importância aos resultados como resposta ao crescimento dos custos na área da saúde e à necessidade de exigência e responsabilidade social (Sousa *et al.*, 2008).

#### **2.4.2- Modelo de Grönroos**

Grönroos (1984) define o serviço como uma atividade (ou conjunto de atividades) intangível disponibilizada para solucionar o(s) problema(s) do(s) cliente(s). Segundo este autor, uma empresa que pretenda competir com sucesso deve ter a perceção do conceito de qualidade do consumidor e da qualidade do próprio serviço. Sendo que a gestão da qualidade percebida significa que a empresa tem de combinar o serviço percebido pelo cliente com o serviço esperado, de modo a atingir a satisfação do mesmo. A qualidade percebida de um serviço por parte do cliente, resulta da comparação entre os serviços efetivamente recebidos e as suas expectativas, avaliando-se em particular os vários recursos e as suas formas de aplicação por parte do utilizador. Quando a qualidade experimentada atinge ou supera as expectativas dos

clientes a qualidade percebida é positiva, caso contrário, será negativa. Para Grönroos, identificam-se duas componentes da qualidade do serviço: a qualidade técnica e a qualidade funcional. A qualidade técnica encontra-se relacionada com o serviço realizado, estando focada em dar resposta ao que o cliente recebe, destacando-se a competência como uma determinante fundamental desta componente. Em saúde a qualidade técnica corresponde à exatidão do diagnóstico e dos procedimentos. A qualidade funcional é medida face ao contexto e meios de prestação dos serviços, estando focada em dar resposta à forma como o cliente recebe o resultado técnico, sendo importante a maneira como os serviços são entregues aos pacientes (Grönroos, 1984). Na prestação dos cuidados de saúde, como os pacientes têm dificuldade em avaliar a componente técnica, a qualidade dos serviços por si percebida advém essencialmente da qualidade funcional. Desta forma, alguns autores acreditam que a avaliação dos serviços de saúde depende muito das relações interpessoais, podendo mesmo uma boa relação entre os profissionais e os utentes colmatar falhas ao nível da qualidade técnica (Righi *et al.*, 2010).

#### 2.4.3 – Modelo de Parasuraman

Parasuraman *et al.* (1985) desenvolveram, na década de oitenta, um modelo conceptual conhecido por modelo dos *gaps* da qualidade de serviço, sendo o mais conhecido e o mais utilizado na literatura. Este modelo assenta no paradigma da desconfirmação, ou seja, assume-se que os clientes não são plenamente atendidos nas suas expectativas por parte dos prestadores de serviços. Assim, nesta abordagem, os clientes fazem a sua avaliação comparando as perceções do serviço recebido com aquilo que esperavam inicialmente (Parasuraman *et al.*, 1985).

De acordo com Parasuraman *et al.* (1985; 1988; 1991), a qualidade do serviço é determinada com base nas diferenças verificadas entre as perceções e as expectativas dos clientes, para cada dimensão do construto em análise. O valor resultante dessa diferença é designado de “*gap*” (hiato/falha), *gap* esse que consiste numa medida da qualidade de serviço em relação a uma característica específica (Parasuraman *et al.*, 1985).

Um *gap* positivo materializa-se quando as expectativas são concretizadas ou até mesmo excedidas. Já o aparecimento de um *gap* de pontuação negativa é indicativo

de que as expectativas do consumidor não foram atingidas. Quando se forma um *gap*, cabe aos gestores identificarem o caminho adequado a percorrer para ir ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes. (Wisniewski & Wisniewski, 2005 citado por Salvador, 2012).

Segundo os autores Parasuraman *et al.* (1985; 1988), são cinco os *gaps* que podem ser identificados na prestação de um serviço (*vide Figura 1.1*):

- Gap 1: refere-se à diferença entre a expectativa dos consumidores em relação ao serviço e à perceção dos gestores em relação a essa expectativa;

- Gap 2: corresponde à discrepância entre a perceção dos gestores sobre aquilo que são as expectativas dos clientes e as especificações da qualidade do serviço;

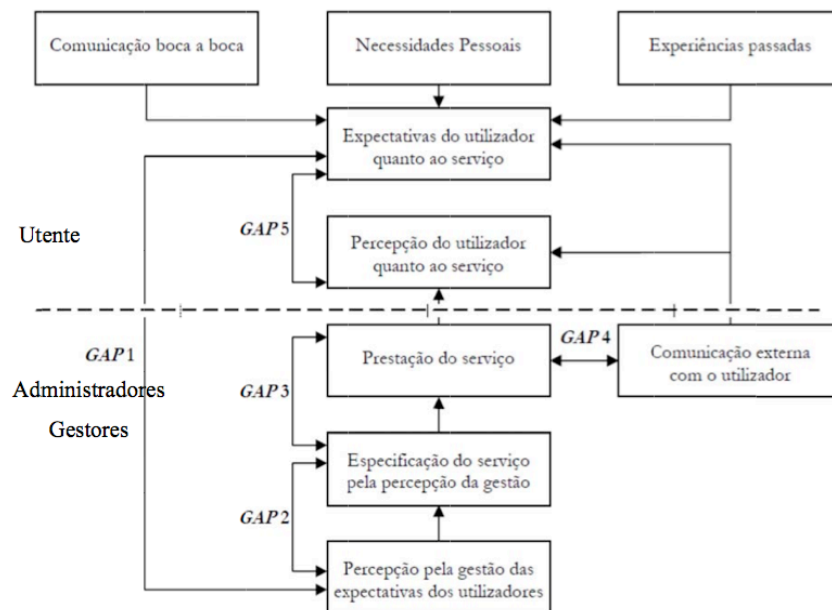
- Gap 3: reflete a diferença entre as especificações da qualidade do serviço e o serviço que é prestado ao cliente;

- Gap 4: traduz a discrepância entre o serviço prestado e a comunicação externa (publicidade exagerada/falta de informação dada pelo pessoal de contacto);

- Gap 5: traduz a discrepância entre as expectativas e a perceção dos clientes em relação ao serviço. A extensão dos 4 *gaps* acima descritos, determina decisivamente a extensão do 5º *gap*, que reflete a qualidade do serviço. Ou seja, os primeiros 4 *gaps*, constituem as principais causas da ocorrência do 5º *gap*, que por sua vez representa o conceito de qualidade do serviço. Assim, a extensão do 5º *gap* depende da extensão dos 4 *gaps* anteriores, ou seja, para colmatar o 5º *gap* (aumentar a qualidade percebida), as organizações devem preocupar-se em colmatar os 4 *gaps* anteriores. Dessa forma, Parasuraman *et al.* (1985) propuseram o modelo de qualidade dos serviços já descrito e que pode ser expresso por:

$$\text{gap 5} = f(\text{gap 1}, \text{gap 2}, \text{gap 3}, \text{gap 4})$$

Como o *gap 5* refere-se ao cliente, este é considerado como sendo a medida de avaliação da qualidade do serviço.



Fonte: adaptado de Parasuraman et. al. (1985)

Figura 1.1 – Modelo dos Gaps da qualidade de serviço

Através da observação do esquema representativo do modelo de Parasuraman, é possível verificar que o mesmo está dividido em duas metades: a inferior, que corresponde à entidade prestadora de serviços (administradores/gestores) e a superior referente ao cliente (utente). No lado da empresa existem quatro *gaps* na qualidade, estando um deles, o *gap 1*, relacionado simultaneamente com o lado do utente.

Posto isto, e fazendo uma breve análise dos modelos apresentados, verifica-se que no modelo proposto por Donabedian, a medição da qualidade é realizada com base na natureza técnica dos serviços, mediante a perspetiva do prestador. Já os restantes modelos dão grande relevância à opinião dos clientes no processo da medição da qualidade de serviço, tendo mesmo Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolvido uma ferramenta para a medição da qualidade baseada na percepção e nas expectativas dos clientes (Tinoco, 2013).

## 2.5 – Instrumentos de avaliação da qualidade de um serviço

Ao contrário da qualidade dos bens e produtos, que podem ser medidos objetivamente por indicadores como a durabilidade e/ou número de defeitos, a qualidade do serviço é um construto abstrato, devido às características inerentes aos serviços. Assim, na

ausência de medidas objetivas, uma abordagem adequada para avaliar a qualidade de um serviço numa organização é medir a qualidade percebida pelos consumidores (Parasuraman *et al.*, 1988).

A perceção da qualidade dos serviços tem vindo a ser extensivamente estudada ao longo das últimas três décadas e várias ferramentas têm sido propostas e desenvolvidas para medir as perceções do “cliente” relativamente à qualidade dos serviços (Martínez & Martinez, 2010).

Dentro desses instrumentos, destacam-se dois, nomeadamente o SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988) e o SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992).

### **2.5.1- SERVQUAL**

O instrumento SERVQUAL consiste num questionário composto por duas secções, uma referente às expectativas do cliente relativamente a um serviço e outra referente às suas perceções em relação a um serviço específico. Cada secção é composta por 22 itens (44 no total) que permitem avaliar as expectativas dos clientes e as suas perceções do serviço, através de uma escala de resposta do tipo Likert de sete pontos (Parasuraman *et al.*, 1988), que vão desde o “Concordo totalmente” ao “Discordo totalmente”. Quer na secção das expectativas, quer na secção das perceções, os itens agrupam-se da seguinte forma, em função das cinco dimensões da qualidade:

Tangibilidade - itens de 1 a 4;

Fiabilidade - itens de 5 a 9;

Capacidade de resposta - itens de 10 a 13;

Segurança - itens de 14 a 17;

Empatia - itens de 18 a 22.

Os autores alertam que em alguns casos serão necessárias algumas adaptações ao modelo proposto, de modo a que este esteja ajustado ao setor em análise (Parasuraman *et al.*, 1988). A avaliação da qualidade do serviço com base no SERVQUAL, será então efetuada através das diferenças entre as pontuações que os

clientes atribuem aos itens nas secções das expectativas e das percepções. Do resultado da diferença entre o que é recebido e o que é esperado, surge o *gap* (*gap 5*), que traduz a qualidade de serviço percecionada (Parasuraman *et al.*, 1985; 1988). Assim sendo, e segundo Parasuraman *et al.* (1988), a qualidade do serviço pode ser obtida pela seguinte expressão:

$$Q_j = P_j - E_j$$

Em que:

$Q_j$  – Avaliação da qualidade percebida do serviço em relação à característica  $j$ ;

$P_j$  – Valores de medida da percepção do serviço para a característica  $j$ ;

$E_j$  – Valores de medida da expectativa do serviço para a característica  $j$ .

Os resultados das duas secções (expectativas e percepções) são então comparados, para se obterem as pontuações do *gap* em cada uma das cinco dimensões. Quanto maior o *gap*, mais distantes são as percepções do cliente em relação às suas expectativas, e mais baixa é a avaliação da qualidade do serviço (Parasuraman *et al.*, 1988). Segundo estes autores, quanto maior a discrepância entre as expectativas e as percepções, menor é a qualidade do serviço. Contrariamente, quanto menor este desvio, maior é a percepção de qualidade do serviço. Caso o serviço recebido iguale as expectativas do cliente, estamos perante o nível máximo de qualidade, pois quanto menor for esta diferença, melhor será a qualidade percebida.

Convém ainda ressaltar, que Parasuraman *et al.* (1988) afirmam claramente que o SERVQUAL apenas serve para a medição da qualidade de serviço e não para a medição da satisfação. Segundo Martínez e Martínez (2010), apesar da ampla aceitação que este instrumento teve e continua a ter como medida da qualidade dos serviços, diversas foram as fraquezas apontadas ao mesmo (Cronin & Taylor 1992), o que conduziu ao desenvolvimento de modelos alternativos para medir as percepções dos clientes relativamente à qualidade dos serviços.

Um desses modelos é o SERVPERF, desenvolvido por Cronin e Taylor (1992) e que tem sido referenciado por diversos autores como uma melhor alternativa, relativamente ao SERVQUAL, para medir a qualidade percebida dos serviços (Brady *et al.*, 2002).

## 2.5.2 – SERVPERF

Cronin e Taylor (1992) foram os primeiros a proporem uma justificação teórica para descartar o estudo das expectativas e afirmam que existe uma fraca evidência, quer teórica quer empírica, que suporte a noção de que a diferença entre as expectativas e a performance seja a base para a avaliação da qualidade de um serviço. Como tal, consideram que não é adequado medir as expectativas dos clientes na avaliação da qualidade dos serviços e salientam que a qualidade de serviço pode ser conceptualizada como “semelhante a uma atitude”. Para estes autores, apenas a “performance” do modelo, ou seja, o serviço experimentado, determina a sua qualidade. Assim, com base nestas premissas, desenvolveram um modelo de avaliação da qualidade do serviço denominado por SERVPERF onde é excluída a análise das expectativas, sendo a avaliação da qualidade realizada com base nas várias perceções do cliente relativamente às cinco dimensões da qualidade de um serviço, definidas por Parasuraman *et al.* (1988). De forma direta e simples, o modelo SERVPERF não é mais do que o modelo SERVQUAL, sem a medição das expectativas. Como tal, o instrumento é assim constituído por uma secção com 22 perguntas idênticas às do SERVQUAL, mas referentes apenas às perceções do cliente relativamente a um serviço específico. Cronin e Taylor (1992) consideram que as 22 perguntas representam as dimensões da qualidade de um serviço, propostas anteriormente por Parasuraman *et al.* (1988), estão suficientemente fundamentadas. Para além disso, a forma como as perguntas ou itens se agrupam, é exatamente igual à do SERVQUAL.

Assim, segundo Cronin e Taylor (1992) a qualidade de um serviço pode ser representada da seguinte forma:

Qualidade de Serviço = **Performance** do Serviço Percebido

O SERVPERF possui ainda a particularidade de possuir três itens à parte do “esqueleto principal” do questionário, que permitem ao cliente expressar, novamente numa escala do tipo Likert de sete pontos, o seu futuro comportamento de aquisição do serviço, como percecionaram a qualidade geral do mesmo e qual a sua satisfação geral com o serviço prestado (Cronin & Taylor, 1992).

Cronin e Taylor (1992) consideram que o instrumento SERVPERF é uma ferramenta de medição da qualidade com base nas perceções do cliente, sustentando que o seu desempenho é melhor do que qualquer outro instrumento, nomeadamente o SERVQUAL, em termos de fiabilidade e validade. Segundo estes autores, o SERVPERF é o instrumento mais sensível na descrição das variações de qualidade relativamente a outras escalas validadas, facto esse que foi possível concluir tendo por base a utilização do teste estatístico do qui-quadrado e dos testes comparativos de validade e fiabilidade.

Fazendo uma breve síntese do que foi abordado no enquadramento teórico, é possível constatar que é extramente importante a avaliação da qualidade do serviço prestado no sentido de promover uma eficiente condução do processo de prestação de serviço e subsequente satisfação dos utilizadores. Apesar dos gestores ambicionarem prestar um serviço adequado aos seus clientes (neste caso específico os utentes) em todas as dimensões da qualidade, falhas na hierarquização das mesmas pode traduzir uma deficiente gestão dos recursos. Por isso, qualquer serviço de saúde deve ser adequado em todas as dimensões da qualidade, mas estabelecendo as suas prioridades.

### **Capítulo 3 – Metodologia**

Neste capítulo consta a apresentação da metodologia utilizada no presente trabalho, descrevendo, o tipo de estudo, o local onde decorreu, a população-alvo do estudo e dimensão da amostra, a técnica de amostragem adotada, os métodos e ferramentas de inquirição, os procedimentos formais e éticos necessários para a realização do estudo e as estratégias utilizadas para o tratamento e análise estatística dos dados recolhidos.

#### **3.1- Tipo de estudo**

No presente estudo foram aplicados aos utentes do serviço de análises clínicas nos centros de saúde, questionários com uma escala de concordância do tipo Likert, com o objetivo de saber quais as perceções dos utentes acerca da qualidade dos serviços prestados e a sua relação com a satisfação dos mesmos. A recolha dos dados mediante os questionários ocorreu no período de 21 de Abril a 13 de Julho de 2015. Os dados recolhidos foram alvo de tratamento e análise estatística, sendo que os resultados obtidos permitiram adquirir conhecimento sobre a amostra em estudo, ao nível da temática da qualidade percebida e efetuar a sua caracterização.

O trabalho de investigação aqui apresentado trata-se de um estudo do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, sendo que sua a definição teve por base as fundamentações teóricas descritas seguidamente.

O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados para outras populações ou contextos. De uma forma geral, pode dizer-se que este método visa, sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medição das variáveis e pela análise dos dados numéricos (Fortin, 2009). Numa investigação de cariz quantitativo, o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com recurso a técnicas estatísticas (Fortin, 2009). As pesquisas descritivas, como é o caso deste estudo, têm como objetivo primordial descobrir novos conhecimentos (Fortin, 2009), descrever características de determinada população e os fenómenos existentes, (Fortin, 2009; Gil, 1999) ou categorizar a informação (Fortin, 2009). Uma das características mais significativas das pesquisas descritivas está na utilização de técnicas padronizadas de recolha de dados, como é o caso das entrevistas e dos questionários (Fortin, 2009; Gil,

1999). Por fim, um estudo transversal, é um estudo que analisa a realidade, num determinado momento (Fortin, 2009).

### **3.2- Local do estudo**

Este estudo decorreu nos postos de colheitas (pertencentes ao Serviço de Análises Clínicas do Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres – ARS Algarve) dos centros de Saúde do ACES Central – Algarve, onde as colheitas são feitas por um Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública do próprio laboratório.

### **3.3- População – alvo**

Tal como já foi referenciado na revisão da literatura, a forma mais eficaz que os utentes possuem para avaliar a qualidade de um serviço ao nível das análises clínicas é sendo alvo da prestação direta desse mesmo serviço. O momento em que essa prestação de serviços é feita de forma mais direta e em que existe um maior contato com toda a envolvência deste serviço específico, é no momento em que os utentes se deslocam aos postos de colheita com o intuito de efetuarem análises clínicas e cujo serviço seja efetivamente prestado.

A população – alvo deste estudo é formada pelos utentes que se deslocam aos postos de colheitas dos centros de saúde do ACES Central, entre as 8 e as 11h, de segunda a sexta-feira, para efetuarem análises clínicas.

### **3.4 – Principais hipóteses**

Com o desenvolvimento deste estudo pretende-se testar as seguintes hipóteses:

- H1: A avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;
- H1.1: A tangibilidade interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;
- H1.2: A fiabilidade interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;
- H1.3: A capacidade de resposta interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;

- H1.4: A segurança interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;
- H1.5: A empatia interage positivamente na satisfação com os serviços prestados;
- H2: A tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia interagem na qualidade global dos serviços prestados.

### **3.5 – Amostra**

#### **3.5.1 – Técnica de amostragem e dimensão da amostra**

A técnica de amostragem que vai ser utilizada para recolher os dados neste estudo é o método não probabilístico por conveniência. Esta opção foi considerada pelas seguintes razões: o espaço físico disponível e a orgânica de funcionamento do serviço de análises clínicas nos centros de saúde não contribui para a realização, com rigor, de uma amostragem aleatória simples, pois nalguns centros de saúde não existe sistema de marcação de análises e naqueles em que há marcações, a lista de pessoas às quais teria de se entregar o questionário, gerada de forma aleatória com base nas marcações de análises para o dia, poderia incluir pessoas que não compareciam e outras que se recusavam a responder ao questionário; existir uma forte probabilidade de que no curto espaço de tempo disponível e destinado para a recolha dos dados, não se conseguir obter uma amostra com as dimensões mínimas exigíveis para a realização do estudo.

Os critérios de inclusão para a amostra em estudo são os seguintes: os utentes encontrarem-se em jejum e deslocarem-se aos postos de colheitas nos centros de saúde com o objetivo exclusivo de efetuarem colheita para análises clínicas e que esse serviço seja efetivamente prestado.

Quanto á dimensão de amostra e para existir confiança nos resultados, o número de participantes da amostra foi calculado com base na regra do polegar (Hill & Hill, 2005). O objetivo desta abordagem consiste em estimar o tamanho mínimo da amostra para que seja possível efetuar uma análise estatística adequada dos dados. Assim, segundo Hill e Hill (2005) quando o investigador quer analisar  $K$  variáveis ( $K > 15$ ) por meio de análise fatorial, o tamanho mínimo da amostra deve ser  $N = 5K$ . Assim, é necessário um número mínimo de cinco participantes para cada item formulado ( $K = 22$  - número de itens presentes no questionário) para se poder efetuar uma análise fatorial e testar adequadamente as hipóteses definidas no trabalho de investigação.

Posto isto, segundo a regra do polegar a amostra mínima necessária para executar o presente estudo é de 110 utentes. A amostra obtida neste estudo ficou constituída por 113 utentes que se deslocaram aos postos de colheitas nos centros de saúde no período de 21 de Abril a 13 de Julho, de segunda a sexta-feira entre as 8 e as 11h, para efetuarem análises clínicas.

### 3.6 – Instrumento utilizado

O instrumento utilizado para a recolha de dados é o questionário SERVPERF traduzido e adaptado a este tipo de serviços (*vide Anexo I*).

Esta ferramenta de inquirição para avaliação da qualidade percebida consiste num questionário auto administrado composto por duas partes (A e B). A parte A é constituída por 22 afirmações (itens) que permitem avaliar as perceções dos utentes relativamente à qualidade dos serviços prestados pelo serviço de Análises Clínicas, com recurso a uma escala de resposta do tipo Likert de sete pontos. Esta escala varia entre “Discordo Totalmente” (1) e “Concordo Totalmente” (7), assim, quanto mais próximo de 7 estiver a resposta do utente, melhor é a qualidade percebida pelo mesmo e quanto mais perto a resposta estiver de 1, pior é a qualidade. As 22 afirmações agrupam-se da seguinte forma, em função das cinco dimensões da qualidade:

- Tangibilidade – itens de 1 a 4;
- Fiabilidade – itens de 5 a 9;
- Capacidade de resposta – itens de 10 a 13;
- Segurança – itens de 14 a 17;
- Empatia – itens de 18 a 22.

Ainda dentro da parte A, para além das 22 afirmações anteriores, existe um conjunto à parte com três afirmações de âmbito geral que têm como objetivo determinar qual o futuro comportamento de aquisição do serviço por parte dos utentes e também avaliar a qualidade e a satisfação global dos utentes com o serviço prestado. A escala de resposta neste conjunto de três afirmações é idêntica à já supramencionada neste ponto.

A parte B possui um conjunto de perguntas de resposta fechada, que visa recolher informações sobre os utentes para que seja possível traçar um perfil sociodemográfico da amostra em estudo.

O instrumento de recolha de dados, faz-se ainda acompanhar de um Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação na investigação (*vide Anexo II*). Este documento representa a manifestação expressa, por escrito, da disponibilidade do utente para participar no estudo e permitir a utilização dos dados recolhidos, tendo a garantia de que as condições de confidencialidade e anonimato são sempre salvaguardadas, de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo (Norma DGS nº 15/2013).

### **3.7 - Questões de ética e confidencialidade**

O pedido de autorização para a realização deste estudo foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. (*vide Anexo III*), que emitiu um parecer favorável. Quanto às questões de cariz ético, tal como referido anteriormente, foi adicionado a cada questionário um Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação na investigação.

### **3.8 - Estratégias para a análise dos dados**

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos foram utilizadas as seguintes ferramentas: o *software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 23 e o programa *Microsoft Excel*.

Foi realizada uma análise dos dados através da estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização sociodemográfica da amostra através da distribuição de frequências e das medidas de tendência central. Ao nível da estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos de acordo com o tipo de variáveis em estudo. Os testes estatísticos utilizados para a análise dos resultados foram os seguintes: distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média), determinação do nível de consistência interna do instrumento (Alfa de Cronbach), teste One-Way Anova, teste de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação Ró Spearman. O nível de significância (p) considerado neste estudo é o seguinte:  $p < .05$ .

### **3.8.1- Indicadores estatísticos descritivos**

Para a caracterização sociodemográfica da amostra utilizaram-se indicadores estatísticos descritivos, nomeadamente as frequências absolutas, frequências relativas, medidas de dispersão, nomeadamente o desvio padrão e medidas de tendência central, neste caso a média.

As frequências absolutas indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete. Já as frequências relativas exprimem o número de vezes que o valor da variável (ou a categoria da variável) se verifica face ao total de observações, sendo que estas últimas são interpretadas em termos percentuais (Pestana & Gageiro, 2008).

O desvio padrão é a medida de dispersão mais commumente utilizada, que pode ser considerada como uma medida de variabilidade dos dados de uma distribuição de frequências, isto é, mede a dispersão dos valores individuais em torno da média (Pestana & Gageiro, 2008).

A média é a medida de tendência central que corresponde à soma dos valores dos dados, dividida pelo número total de dados. O cálculo desta medida requer que as variáveis sejam quantitativas, de escala de rácio ou intervalo (Fortin, 2009). Neste estudo o indicador estatístico foi utilizado para determinar a média de idades dos participantes no estudo e a média de valores atribuídos por estes nos itens que compõem o questionário.

### **3.8.2- Consistência interna do instrumento**

Hair *et al.* (2010) referem que a fiabilidade é uma avaliação do grau de consistência entre múltiplas medições de uma variável. Segundo estes autores, a via mais comumente usada para estimar a fiabilidade de uma medida é a determinação da sua consistência interna. A existência de consistência interna de um instrumento pressupõe assim, que os itens individuais do mesmo devam estar todos a medir o mesmo constructo (que neste caso é a qualidade do serviço), e portanto, estes devem estar altamente relacionados entre si (Hair *et al.*, 2010). Ainda de acordo com os mesmos autores, das diversas medidas existentes que permitem avaliar a consistência interna dos instrumentos com múltiplos itens, o Alfa de Cronbach é a medida mais

utilizada (Hair *et al.*, 2010). O Alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1, contudo, segundo Hair *et al.* (2010), valores iguais ou superiores a 0,70, são considerados aceitáveis, garantindo assim a fiabilidade adequada de modo a permitir tirar conclusões.

Foi determinada a consistência interna do instrumento na sua totalidade, verificando-se que o coeficiente de Alfa de Cronbach possui um valor de 0,667 (próximo de 0,70). No estudo desenvolvido por Salvador (2012), o autor também determinou a consistência interna do instrumento para os 22 itens principais, verificando-se que o coeficiente Alfa de Cronbach tinha um valor de 0,828. O valor obtido neste estudo é considerado aceitável, tratando-se de um instrumento fiável, onde todos os itens estão a medir os mesmos constructos. Verifica-se que perante este valor o questionário é adequado para avaliar as variáveis em estudo, pois de acordo com Pestana e Gageiro (2008) e com Hill e Hill (2005), um instrumento que apresente uma consistência interna superior a 0,6 já é considerado adequado.

Também cada uma das cinco dimensões da qualidade foi alvo da determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach, tendo-se obtido os valores que constam na seguinte tabela:

Tabela 3.1 – Resultados obtidos para a consistência interna das dimensões da qualidade

<b>Dimensões da qualidade</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Tangibilidade	0,815
Fiabilidade	0,751
Capacidade de resposta	0,760
Segurança	0,564
Empatia	0,817

Apesar do valor do Alfa de Cronbach para a dimensão segurança ser inferior a 0,60, decidiu-se usar esta dimensão no estudo, uma vez que o mesmo é um estudo exploratório. Também se verificou que o valor do Alfa de Cronbach para esta

dimensão, com base em itens padronizados é de 0,765, valor esse considerado aceitável.

Tal como já referi antes cada uma das cinco dimensões diz respeito a uma determinada vertente a ter em conta na qualidade de um serviço: a tangibilidade está associada à aparência das instalações físicas, dos equipamentos e dos funcionários, a fiabilidade é a capacidade para efetuar o serviço prometido de forma confiável e precisa, a capacidade de resposta corresponde à vontade de ajudar os clientes e prestar o serviço prontamente, a segurança diz respeito ao conhecimento (competência), cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança, e a empatia corresponde à atenção cuidadosa e individualizada, que é fornecida aos seus clientes bem como a facilidade de contato e comunicação.

### **3.8.3 – Teste de Mann-Whitney**

O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico, alternativo ao teste t, que permite a comparação entre duas amostras independentes. Enquanto que o teste t compara as médias de duas amostras independentes, o teste de Mann-Whitney compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre duas populações. As vantagens do teste de Mann-Whitney são: não exige o pressuposto da normalidade e pode ser aplicado em variáveis de escala ordinal (Marôco, 2011).

### **3.8.4 – Coeficiente de associação Phi**

O coeficiente de associação Phi é uma medida de associação não paramétrica que mede a relação existente entre duas variáveis. Este coeficiente ( $\phi$ ) assume valores entre 0 e 1, sendo 0 ausência de relação e 1 relação perfeita. É habitual classificar-se a intensidade da relação segundo a escala: 0 a 0,2 relação muito fraca; 0,2 a 0,4 relação fraca; 0,4 a 0,7 relação moderada; 0,7 a 0,9 relação forte; 0,9 a 1 relação muito forte (Fortin, 2009; Hill & Hill, 2005).

### **3.8.5 – Coeficiente de correlação Ró Spearman**

O coeficiente de correlação Ró Spearman é uma medida de associação não paramétrica que mede a intensidade e direção (se positiva ou negativa) da correlação existente entre duas variáveis. Este coeficiente ( $\rho$ ) assume valores entre -1 e 1, sendo que o sinal indica a direção da correlação e o valor a intensidade dessa correlação (Fortin, 2009; Hill & Hill, 2005).

### **3.8.6 – Teste One-Way Anova**

O uso do teste One-Way Anova (trata-se de um teste paramétrico) deve-se ao facto de ser objetivo deste trabalho efetuar a análise da avaliação da qualidade percebida pelos utentes em Análises Clínicas nos centros de saúde, quer na sua totalidade, quer ao nível das várias dimensões e testar a sua interação na satisfação com os serviços prestados. A análise do teste F permite extrapolar os resultados da amostra para o universo, sendo que, quando o nível de significância do teste F é de 0,000, valor inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula. Procedemos ao teste de aderência de Kolmogorov - Smirnov (K-S com sig <0,05 ou 0,01), tendo-se verificado a normalidade para podermos aplicar o teste F do One-Way Anova (Pestana & Gageiro, 2008).

## **Capítulo 4 – Apresentação e análise dos resultados**

O instrumento SERVPERF foi aplicado a uma amostra de 113 utentes que se deslocaram aos postos de colheita (pertencentes ao Serviço de Análises Clínicas) dos centros de saúde do ACES Central.

Após a colheita dos dados procedeu-se à sua análise através do programa SPSS - versão 23.0. Os dados obtidos foram sujeitos à aplicação dos testes estatísticos descritos anteriormente. A caracterização sociodemográfica da amostra foi elaborada mediante a análise da parte B do questionário, já os restantes procedimentos de cariz estatístico foram feitos com base nos dados retirados da parte A.

### **4.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

Dos 113 utentes que participaram no estudo, 89 responderam eles mesmos ao questionário, 20 solicitaram a ajuda de um familiar ou acompanhante e em 4 casos os utentes recorreram a outros utentes para o preenchimento do questionário. Os questionários foram recolhidos nos postos de colheita existentes nos centros de saúde, sendo que 16 foram no Centro de Saúde de Faro, 6 na Extensão de Estói, 11 no Centro de Saúde de Loulé, 21 na Extensão de Quarteira, 18 na USF Ria Formosa-pólo de Faro, 26 na USF Ria Formosa- pólo do Montenegro, 2 no Centro de Saúde de Albufeira e 13 na USF Albufeira.

Quanto aos utentes que participaram no estudo, 70,8 % já tinham feito análises no centro de saúde e 29,2% foram alvo da prestação deste serviço pela primeira vez. Da totalidade dos utentes, 91,2% (103 utentes) já fez análises noutra local e apenas 8,8% nunca tinha feito análises noutra local. Dos 103 utentes que já fizeram análises noutra local, constata-se que a maioria (69%) recorreu a laboratórios privados. Tal resultado poder-se-á dever ao facto de existirem postos de colheitas que pertencem a laboratórios privados, nas áreas de influência dos centros de saúde. Quanto ao género 67,3% dos utentes que participaram no estudo são mulheres e 32,7% são homens. O universo de utentes deste estudo possui idades compreendidas entre os 15 e os 84 anos, com uma média de idades de aproximadamente 51 anos e um desvio padrão de 19,473.

Relativamente ao estado civil, constata-se que a maioria dos utentes (62,8%) são casados ou vivem em união de facto e o segundo grande grupo de utentes (20,4%) é solteiro. Dos 113 utentes que participaram no estudo, 97 utentes são portugueses e 16 são de nacionalidade estrangeira. Em relação ao local de residência, 85% dos utentes que compõem a amostra reside em meio urbano e 15 % reside em meio rural. Quanto ao grau de escolaridade constata-se que 0,9% dos utentes não tem qualquer tipo de escolaridade, 58,4% tem escolaridade até ao 9º ano (inclusivé), 21,2% possui o 12º ano e apenas 19,4% dos utentes tem formação académica. No que diz respeito à situação profissional, 43,4% encontram-se numa situação profissional ativa, sendo que desse total de percentagem, 36,3% trabalham por conta de outrem e 7,1% por conta própria. Dos restantes 56,6%, 50,5% correspondem a utentes que se encontram numa situação profissional inativa (14,2% de desempregados e 36,3% de reformados) e a restante percentagem corresponde a estudantes e a pessoas que nunca trabalharam.

Em relação à avaliação da qualidade global dos serviços prestados, 3,5 % dos utentes acham normal, 8,0 % acham boa, 37,2% acham excelente, sendo que a maioria dos utentes com 51,3% considera muito boa a qualidade dos serviços prestados. Já no que diz respeito à satisfação global com os serviços prestados, 3,5% dos utentes estão pouco satisfeitos, 38,1% estão satisfeitos, 3,5% estão nem insatisfeitos nem satisfeitos, sendo que a maioria dos utentes se considera muito satisfeita com 54,9%.

#### **4.2 – Análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo**

Com o objetivo de analisar as interações entre as variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, nacionalidade, local de residência, grau de escolaridade, situação profissional e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia, vamos em seguida ver quais as interações significativas, dentro de uma perspetiva exploratória, através do teste de Mann-Whitney. Este teste deve ser usado para avaliar a relação entre uma variável ordinal com uma variável dicotómica. Foram também utilizados o coeficiente de associação Phi e a correlação de Ró Spearman nesta análise, para avaliar de que forma é que as variáveis sociodemográficas se relacionam com as variáveis acima mencionadas.

Em primeiro lugar os resultados obtidos nos questionários para as variáveis em estudo, nomeadamente qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia, foram alvo de análise estatística descritiva que é apresentada seguidamente (*vide tabela 4.1*):

Tabela 4.1 – Estatística descritiva das variáveis em estudo

Variáveis em estudo	Média	Desvio padrão
Qualidade dos serviços prestados	6,22	0,741
Satisfação com os serviços prestados	6,44	0,731
Tangibilidade	20,73	5,660
Fiabilidade	29,01	3,714
Capacidade de resposta	9,12	4,508
Segurança	24,58	2,145
Empatia	12,76	5,404

#### **4.2.1 – Análise descritiva da relação entre o sexo e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia**

No que diz respeito ao sexo, o sexo feminino apresenta maiores valores médios em todas as variáveis comparativamente com o sexo masculino, sendo os valores das suas medianas os seguintes: qualidade dos serviços prestados= 6; satisfação com os serviços prestados= 7; tangibilidade= 23; fiabilidade= 30; capacidade de resposta= 8; segurança= 25; empatia= 12. O teste de Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis fiabilidade ( $U=1042,000$  e  $p= .025$ ), capacidade de resposta ( $U= 874,500$  e  $p= .001$ ) e segurança ( $997,000$  e  $p= .011$ ), ou seja, o sexo feminino relaciona-se com a fiabilidade, capacidade de resposta e segurança (*vide tabela 4.2*).

Tabela 4.2– Resultado obtido do teste de Mann-Whitney entre o sexo e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Sexo	Qualidade dos serviços prestados	Satisfação com os serviços prestados	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
<b>U</b>	1366,500	1225,000	1275,000	1042,000	874,500	997,000	1126,500
<b>p</b>	.789	.210	.422	.025*	.001*	.011*	.086

\*p<.05

#### 4.2.2 – Análise descritiva da relação entre a idade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Para a variável sociodemográfica idade o valor da mediana é de 55. Como podemos verificar na *tabela 4.3* existe uma correlação positiva de valor .251 e um nível de significância de .007 ( $p < .01$ ) entre a idade e a fiabilidade, isto quer dizer que as pessoas com mais idade apresentam maiores níveis de fiabilidade. Existe também uma correlação positiva entre a idade e a segurança com um valor de .211 e um nível de significância de .025 ( $p < .05$ ), ou seja, as pessoas com mais idade apresentam maiores níveis de segurança.

Tabela 4.3 – Resultado obtido da correlação de Ró Spearman entre a idade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Idade	Qualidade dos serviços prestados	Satisfação com os serviços prestados	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
<b>Ró</b>	.173	.148	.133	.251	-.066	.211	-.113
<b>p</b>	.067	.118	.162	.007**	.490	.025*	.234

\*p<.05

\*\*p<.01

#### 4.2.3 – Análise descritiva da relação entre o estado civil e as variáveis, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Relativamente ao estado civil, a amostra deste estudo apresenta as seguintes frequências absolutas: Solteiro: n=23; Casado(a) ou União de Facto: n=71; Divorciado(a) ou Separado(a): n=5; Viúvo(a): n=14.

Quanto a esta variável foi possível verificar que existem duas associações estatisticamente significativas (*vide tabela 4.4*). O estado civil e a tangibilidade possui uma relação forte com um valor de .802 e nível de significância de .046 ( $p < .05$ ); existe igualmente uma relação forte com um valor de .719 e um nível de significância de .048 ( $p < .05$ ) entre o estado civil e a fiabilidade.

Tabela 4.4 – Resultado obtido do coeficiente de associação Phi entre o estado civil e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Estado Civil	Qualidade dos serviços prestados	Satisfação com os serviços prestados	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
Fi	.253	.311	.802	.719	.748	.475	.762
p	.612	.280	.046*	.048*	.070	.381	.490

\* $p < .05$

#### 4.2.4 – Análise descritiva da relação entre o grau de escolaridade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Para a variável sociodemográfica grau de escolaridade o valor da mediana é de 4 que corresponde ao 3º ciclo (9º ano). De acordo com a *tabela 4.5* existe apenas uma correlação com significado estatístico entre o grau de escolaridade e a variável qualidade dos serviços prestados, com um valor negativo de - .192 e um nível de significância de .042 ( $p < .05$ ). Isto quer dizer que as pessoas com um grau de escolaridade mais baixo e mais idade apresentam maiores níveis de qualidade dos serviços prestados. Esta situação é explicada pelo facto de que os os dados para esta variável são apresentados em categorias ordenadas, nas quais o nível de ordenação indica uma ordem de magnitude quanto ao grau de escolaridade.

Tabela 4.5 – Resultado obtido da correlação de Ró Spearman entre o grau de escolaridade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Grau de Escolaridade	Qualidade dos serviços prestados	Satisfação com os serviços prestados	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
Ró	-.192	-.174	-.163	-.149	-.113	-.043	.029
p	.042*	.066	.084	.114	.235	.653	.757

\*p<.05

#### 4.2.5 – Análise descritiva da relação entre a situação profissional e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Para esta variável a amostra deste estudo apresenta as seguintes frequências absolutas: Desempregado(a): n=16; Reformado(a): n=41; Estudante: n=6; Trabalhador(a) por conta de outrem: n=41; Trabalhador(a) por conta própria: n=8; Nunca trabalhou: n=1.

Relativamente à situação profissional foi possível verificar que existe uma associação estatisticamente significativa (*vide tabela 4.6*). A situação profissional e a satisfação com os serviços prestados possui uma relação moderada com um valor de .511 e nível de significância de .014 (p< .05).

Tabela 4.6 – Resultado obtido do coeficiente de associação Phi entre a situação profissional e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia

Situação profissional	Qualidade dos serviços prestados	Satisfação com os serviços prestados	Tangibilidade	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
Fi	.431	.511	.809	.857	.921	.663	.918
p	.138	.014*	.890	.138	.109	.140	.841

\*p<.05

Por fim quanto à nacionalidade e local de residência, mediante a respetiva análise estatística, constatou-se que os valores de correlação obtidos não eram estatisticamente significativos para nenhuma das variáveis em estudo.

#### 4.3- Análise das hipóteses formuladas

Visto que o objetivo é a análise da avaliação da qualidade percebida pelos utentes em Análises Clínicas nos centros de saúde, quer na sua totalidade, quer ao nível das várias dimensões e testar a sua interação na satisfação com os serviços prestados, recorreremos ao teste One Way Anova como principal metodologia de análise estatística dos dados, de acordo com o que já foi referido anteriormente.

##### 4.3.1 – Descrição dos resultados das hipóteses formuladas

Quanto à avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = .929$  e um nível de significância de  $.587$ , pelo que se aceita a hipótese nula de que a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central não interage na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.7*).

Tabela 4.7 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central e a satisfação com os serviços prestados

	Média do quadrado	F	p
Avaliação da qualidade percebida	.508	.929	.587

\* $p < .05$

Relativamente à tangibilidade interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = 1,033$  e um nível de significância de  $.432$ , pelo que se aceita a hipótese nula de que a tangibilidade não interage na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.8*).

Tabela 4.8 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a dimensão tangibilidade e a satisfação com os serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Tangibilidade</b>	.549	1,033	.432

\*p<.05

Quanto à fiabilidade interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = 2,757$  e um nível de significância de .002, pelo que não se aceita a hipótese nula de que a fiabilidade não interage na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.9*).

Tabela 4.9 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a dimensão fiabilidade e a satisfação com os serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Fiabilidade</b>	1,209	2,757	.002*

\*p<.05

Relativamente à capacidade de resposta interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = 1,107$  e um nível de significância de .360, pelo que se aceita a hipótese nula de que a capacidade de resposta não interage na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.10*).

Tabela 4.10 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a dimensão capacidade de resposta e a satisfação com os serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Capacidade de resposta</b>	.583	1,107	.360

\*p<.05

Quanto à segurança interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = 3,915$  e um nível de significância de .000, pelo que não se aceita a hipótese nula de que a segurança não interagir na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.11*).

Tabela 4.11 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a dimensão segurança e a satisfação com os serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Segurança</b>	1,732	3,915	.000*

\* $p < .05$

Quanto à empatia interagir na satisfação com os serviços prestados, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = 2,995$  e um nível de significância de .000, pelo que não se aceita a hipótese nula de que a empatia não interage na satisfação com os serviços prestados (*vide tabela 4.12*).

Tabela 4.12 – Resultado obtido do teste One-Way Anova entre a dimensão empatia e a satisfação com os serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Empatia</b>	1,150	2,995	.000*

\* $p < .05$

E por fim para a hipótese de que a tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia interagem na qualidade dos serviços prestados constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para a dimensão tangibilidade com  $F = 1,214$  e um nível de significância de .266, pelo que se aceita a hipótese de que a tangibilidade não interage na qualidade dos serviços prestados; para a fiabilidade constatámos que esta hipótese é estatisticamente significativa com  $F = 2,126$  e um nível de significância de .016, pelo que não se aceita a hipótese de que a fiabilidade não interage na qualidade dos serviços prestados; em relação à dimensão capacidade de resposta constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese com  $F = .872$  e um nível de significância de .603, pelo que se aceita a hipótese de que a capacidade de resposta não interage na qualidade dos serviços prestados; para a segurança constatámos que esta hipótese é estatisticamente significativa com  $F = 2,688$  e um nível de significância de .010, pelo que não se aceita a hipótese de que a segurança não interage na qualidade dos serviços prestados; por fim quanto à dimensão empatia constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese

com  $F = 2,102$  e um nível de significância de  $.008$ , pelo que não se aceita a hipótese de que a empatia não interage na qualidade dos serviços prestados (*vide tabela 4.13*).

Tabela 4.13 - Resultado obtido do teste One-Way Anova entre as dimensões tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia e a qualidade dos serviços prestados

	<b>Média do quadrado</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Tangibilidade</b>	.644	1,214	.266
<b>Fiabilidade</b>	1,023	2,126	.016*
<b>Capacidade de resposta</b>	.487	.872	.603
<b>Segurança</b>	1,316	2,688	.010*
<b>Empatia</b>	.948	2,102	.008*

\* $p < .05$

## Capítulo 5- Discussão dos resultados

No capítulo anterior foi feita a análise dos dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais pormenorizado. Neste sentido, Fortin (2009) refere que a interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspetos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões e implicações que deles sucedem. Sendo assim, esta é uma etapa delicada e exigente, que obriga a ter um pensamento crítico. Nesta fase irá ser feita uma reflexão sobre a caracterização sociodemográfica da amostra, sobre as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo e sobre as hipóteses formuladas, que resultaram do processo de análise estatística (descritiva e inferencial).

Após a análise dos dados obtidos neste estudo, confirmou-se que o instrumento SERVPERF adaptado apresenta um índice de consistência interna adequado, pois mediante a sua determinação, verificou-se que o coeficiente de Alfa de Cronbach possui um valor de 0,667 (próximo de 0,70). O valor obtido no presente estudo foi considerado aceitável, tratando-se de um instrumento fiável, onde todos os itens estão a medir os mesmos constructos, tal como já foi referido anteriormente.

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, constatou-se que dos 113 utentes que participaram no estudo a maioria, nomeadamente 70,8%, já tinha feito análises nos centros de saúde. Isto quer dizer que a prestação do serviço de análises clínicas nos centros de saúde não é uma realidade desconhecida para os utentes. Quando inquiridos sobre se já tinham feito análises noutra local, 103 utentes (91,2%) responderam que sim, sendo que 69% dos utentes recorreram a laboratórios de análises clínicas privados, quando questionados em que local tinham feito análises. Tal situação, poder-se-á dever ao facto de existirem postos de colheitas que pertencem a laboratórios privados, nas áreas de influência dos centros de saúde. Quanto ao género dos respondentes ao questionário verificou-se que a maioria são do sexo feminino (67,3%), ou seja, maior número de mulheres deslocou-se aos centros de saúde para efetuar análises clínicas comparativamente com o número de homens. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Pereira *et al.* (2001), que refere que são os indivíduos do sexo feminino a recorrerem mais aos serviços de saúde e o estudo de Ferreira e Raposo (2006), que dizem que a maior parte dos utilizadores dos centros de saúde são do sexo feminino (65,9%). Relativamente à situação profissional,

cerca de 50,5% dos inquiridos encontram-se numa situação profissional inativa, tratando-se de reformados e desempregados.

Posteriormente foi feita uma análise estatística das relações entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, local de residência e nacionalidade e as variáveis qualidade dos serviços prestados, satisfação com os serviços prestados, tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia.

Com o intuito de comparar os resultados obtidos e a bibliografia disponível, surgiram dificuldades, uma vez que a mesma é quase inexistente, preocupando-se apenas em discutir as dimensões da qualidade e validade dos instrumentos de pesquisa. Assim os estudos disponíveis acabam por não cruzar as características sociodemográficas da população com as variáveis do instrumento de medida. Por tudo o que já foi referido anteriormente, foram constatadas as evidências e sempre que possível procurou-se explicar estas relações.

No que diz respeito ao sexo, os resultados inicialmente revelaram que o sexo feminino apresenta maiores valores médios em todas as variáveis em comparação com o sexo masculino. O teste aplicado revelou também diferenças estatisticamente significativas para as variáveis fiabilidade, capacidade de resposta e segurança, ou seja, o sexo feminino relaciona-se com a fiabilidade, capacidade de resposta e segurança. Esta situação pode ter ocorrido devido ao facto da amostra deste estudo ser constituída por mais elementos do sexo feminino, pelo que perante outra configuração da amostra poderá haver outro tipo de resultados.

Quanto à idade, existem correlações positivas com as variáveis fiabilidade e segurança, isto é, valores mais altos atribuídos aos itens do questionário que dizem respeito a estas duas variáveis correspondem a utentes com idades mais elevadas.

Ou seja, os utentes com idades mais elevadas fazem uma melhor avaliação da qualidade percebida ao nível dos aspetos relacionados com a fiabilidade e a segurança na prestação do serviço de análises clínicas, por terem mais experiência na utilização dos serviços de saúde, mais maturidade e conhecimento sobre a forma como decorreu a prestação do serviço, originando um melhor julgamento do mesmo.

A análise da associação entre o estado civil e as variáveis em estudo originou duas relações (associações) moderadas e de significado estatístico, mais concretamente com a tangibilidade e com a fiabilidade. Tal como já foi referido anteriormente 62,8% da amostra deste estudo é casada ou vive em união de facto, pelo que perante outra configuração da amostra quanto a esta variável houvesse poderá haver outro tipo de

resultados. Seguidamente foram analisadas as correlações obtidas para a variável sociodemográfica grau de escolaridade, tendo-se obtido apenas uma correlação com significado estatístico mas de valor negativo. Tal situação verificou-se entre o grau de escolaridade e a qualidade dos serviços prestados, isto quer dizer que as pessoas com um grau de escolaridade mais baixo apresentam maiores níveis de qualidade dos serviços prestados, isto é, fazem uma avaliação mais positiva ao contrário dos utentes com formação académica superior. Esta situação poderá ser explicada pelo facto dos utentes mais letrados serem mais exigentes quanto aos serviços prestados e por isso considerarem que a sua qualidade tenha sido inferior.

E por fim, quanto à situação profissional verificou-se que existe uma relação (associação) moderada com a variável satisfação com os serviços prestados. É importante salientar que mais de 50% dos utentes que compõe a amostra no presente estudo encontram-se numa situação profissional inativa, refletindo um pouco a conjuntura da sociedade portuguesa na atualidade. Certamente que perante outra configuração da amostra poderá haver outro tipo de resultados.

Para testar as hipóteses definidas neste estudo, foi aplicado o teste One-Way Anova e mediante a análise dos resultados obtidos constatou-se que as hipóteses eram estatisticamente significativas ou não, de acordo com o nível de significância associado ao valor de F (nível de significância:  $p < .05$ ).

Contudo estes resultados não podem ser alvo de comparação, por não existirem estudos na área da saúde que testem as hipóteses de investigação com estas variáveis, por isso e tal como já foi referido anteriormente, foram constatadas as evidências e sempre que possível procurou-se explicações para as mesmas.

Posto isto e quanto às hipóteses em estudo, verificou-se que a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central não interagem na satisfação com os serviços prestados. Sendo por isso aceite a hipótese nula de que não há qualquer tipo de relação entre a avaliação global da qualidade percebida pelos utentes e a sua satisfação com os serviços prestados. Ora isto não está de acordo com Mitra e Golder (2006) e com Salazar *et. al* (2004), para quem a qualidade percebida pelos consumidores conduz à sua satisfação.

Relativamente às diferentes dimensões da qualidade interagem na satisfação com os serviços prestados, verificou-se que são aceites as hipóteses em estudo para as dimensões fiabilidade, segurança e empatia, visto terem sido obtidos valores estatisticamente significativos e com um nível de significância inferior a .05. Isto dizer que todas estas dimensões interagem na satisfação com os serviços prestados.

A satisfação dos utentes com os serviços prestados é induzida pela capacidade de cumprir o serviço prometido com confiança e precisão (aspetos que dizem respeito à dimensão fiabilidade). A dimensão empatia é igualmente valorizada pelos utentes pois está relacionada com a capacidade de oferecer um atendimento personalizado, demonstrando simpatia e disponibilidade. Os utentes apresentam também níveis de exigência elevados nos itens correspondentes à dimensão segurança, sendo estes importantes na satisfação dos utentes com os serviços prestados, tal como é afirmado por Parasuraman *et. al* (1985) ao dizer que a qualidade do serviço é definida pela perceção relativamente ao serviço prestado em relação às suas expectativas.

Para a tangibilidade e para a capacidade de resposta, aceita-se a hipótese nula, de que estas dimensões não interagem na satisfação com os serviços prestados, pois as hipóteses que se pretenderam testar neste estudo não são estatisticamente significativas, o que não se verifica com Cronin e Taylor (1994) que dizem que as expectativas tal como referidas por Parasuraman *et. al* (1985) na prestação do serviço, e portanto de uma resposta são importantes para a qualidade e por conseguinte para a satisfação.

Finalmente, para a hipótese de que a tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia interagem na qualidade global dos serviços prestados constatou-se, mediante os níveis de significância obtidos, que esta hipótese é estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) para as dimensões fiabilidade, segurança e empatia. O que vai ao encontro de Parasuraman *et. al* (1988) que na sua pesquisa considera estas dimensões para efetuar a medição e avaliação da qualidade do serviço prestado.

Em suma, na apreciação global dos resultados podemos dizer que os utentes consideram muito boa a qualidade dos serviços prestados e que a maioria se encontra muito satisfeita.

## Capítulo 6- Conclusões

Ao terminar esta investigação cabe agora retirar as principais ilações da mesma, sendo que o presente capítulo integra as conclusões, as limitações que surgiram na elaboração deste estudo e sugestões para investigações futuras.

Com o intuito de adequar os serviços oferecidos pelo serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde do ACES Central às necessidades dos utentes, pretendeu-se com este estudo efetuar uma análise ao desempenho do serviço que é prestado, centrada na auscultação e avaliação da qualidade percebida pelos utentes que se deslocam aos centros de saúde para efetuarem análises clínicas. Para tal foi necessária a utilização de um instrumento que possibilitasse essa avaliação. Assim recorreu-se ao instrumento SERVPERF, um instrumento americano de avaliação da qualidade percebida, que pode ser adaptado ao tipo de setor em análise. Com base nessa permissão e mediante autorização prévia, foi utilizado o instrumento SERVPERF adaptado por Salvador (2012) na sua investigação, por tratar-se de um estudo também na área das Análises Clínicas.

Neste estudo o instrumento SERVPERF foi aplicado a uma amostra de 113 utentes, na sua maioria de nacionalidade portuguesa, que se deslocaram aos postos de colheita (pertencentes ao Serviço de Análises Clínicas) dos centros de saúde do ACES Central, para efetuarem análises clínicas e onde as colheitas são feitas por um TACSP. A idade média dos utentes que participaram neste estudo é de aproximadamente 51 anos. A maioria dos utentes já tinha feito análises no centro de saúde e também noutros locais, sobretudo em Laboratórios de Análises Clínicas privados. Os utentes são maioritariamente do sexo feminino, casados ou em união de facto, com uma escolaridade até ao 12º ano inclusivé (79,6%) e numa situação profissional inativa. Quanto ao local de residência, 85% dos utentes reside em meio urbano.

Consideramos também relevante os resultados obtidos em relação à qualidade global dos serviços prestados e a satisfação com os serviços prestados, pois verificamos que na sua maioria apresentam resultados muito positivos, o que releva que os utentes estão muito satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados.

Mediante a análise das interações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis em estudo, verificou-se para a variável sexo, o sexo feminino apresentou diferenças

estatisticamente significativas nas variáveis fiabilidade, capacidade de resposta e segurança. A variável idade apresentou correlações positivas com as dimensões fiabilidade e segurança. Quanto à variável estado civil foi possível verificar que existem duas associações estatisticamente significativas e de relação forte com as dimensões tangibilidade e fiabilidade. A variável sociodemográfica grau de escolaridade apresentou uma correlação negativa com a variável qualidade dos serviços prestados. A situação profissional apresentou uma associação estatisticamente significativa e de relação moderada com a variável satisfação com os serviços prestados. As variáveis sociodemográficas nacionalidade e local de residência não apresentaram correlações com significado estatístico.

Relativamente às hipóteses formuladas de que a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central e as várias dimensões da qualidade interagem positivamente na satisfação com os serviços prestados, constatou-se que as dimensões fiabilidade, segurança e empatia influenciam positivamente a satisfação com os serviços prestados. Tal situação não aconteceu com as dimensões tangibilidade e capacidade de resposta e também com a avaliação da qualidade percebida pelos utentes em análises clínicas nos centros de saúde do ACES Central. Relativamente à hipótese de que a tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia interagem na qualidade dos serviços prestados, tal situação comprovou-se em todas as dimensões da qualidade, excepto para a tangibilidade e para a capacidade de resposta.

Como principais contributos científicos deste trabalho destacam-se os que são prestados na área da qualidade percebida, decorrentes do cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos. Contudo é preciso ter em conta que os resultados obtidos neste estudo não podem ser extrapolados para a população alvo, uma vez que amostra utilizada foi obtida através de um método de amostragem não probabilístico.

Enquanto estudo de investigação de cariz científico, este trabalho apresenta algumas limitações. Estas surgem associadas essencialmente quanto à adesão dos utentes para o preenchimento do questionário. A falta de tempo e de estarem com pressa, o facto de se encontrarem em jejum e a extensão do questionário, foram algumas das justificações apresentadas por alguns utentes abordados. Também o curto espaço temporal destinado à recolha de dados, resultou numa amostra de média dimensão. Existe a consciência de que uma amostra de maior dimensão, sendo mais representativa da população estudada permitiria outro tipo de análise, recorrendo a

outras possibilidades estatísticas, assim como suportaria conclusões mais robustas. Consequentemente e devido às razões previamente mencionadas no subcapítulo 3.5.1, não se conseguiu desenvolver um estudo com base numa amostra probabilística, constituindo outra limitação deste estudo, uma vez que os resultados alcançados não são tão confiáveis quanto os conseguidos através de uma amostra desse género. Outra situação que se verificou foi a existência na literatura de uma quantidade residual de estudos sobre a temática da avaliação da qualidade percebida ao nível das análises clínicas, sendo que este trabalho representa mais um contributo para o conhecimento científico nessa área.

A realização deste estudo foi uma experiência enriquecedora e recompensadora, na medida em que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, permitindo ao mesmo tempo adquirir e consolidar conhecimentos sobre a temática e obter informação útil para a implementação de melhorias na prestação do serviço de análises clínicas nos centros de saúde.

Possíveis propostas de intervenção futura, com o objetivo de melhorar a qualidade, relacionam-se com os seguintes aspetos: renovação das instalações físicas e dos equipamentos nos centros de saúde, de acordo com as necessidades dos seus utilizadores; continuação da realização do serviço de forma confiável e eficiente, tendo em conta que a vontade de ajudar os utentes é o objetivo primordial dos serviços de saúde; realização de formações e workshops no âmbito das soft skills com vista a melhorar o seu desempenho profissional dos profissionais de saúde; auscultação da opinião dos utentes e dos profissionais mediante avaliação periódica da qualidade e satisfação com os serviços prestados; adequação das tecnologias da informação à realidade dos cuidados de saúde tornando-se cada vez mais eficazes e autónomos.

Recomenda-se que em estudos a serem realizados futuramente, o instrumento seja aplicado noutros centros de saúde, e portanto noutras amostras, onde se efetuem análises clínicas e que a recolha de dados decorra num espaço temporal mais alargado, com o objetivo de comparar tais resultados com os que foram obtidos neste estudo. Estas poderão ser algumas ideias para investigações no âmbito da qualidade percebida pelos utentes que deixamos em aberto para trabalhos futuros, pois ainda há muito a fazer neste domínio, nomeadamente tendo em conta os contributos da avaliação em saúde quanto à qualidade percebida e a sua importância na satisfação dos utentes em relação às análises clínicas.

## Capítulo 7- Referências bibliográficas

Abrantes, M. J. A. (2012) *Qualidade e satisfação: opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Tese de Mestrado, Coimbra. Disponível em:

[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese\\_Qualidade%20e%20satisfaçã%20formatada\\_completa%5B1%5D.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese_Qualidade%20e%20satisfaçã%20formatada_completa%5B1%5D.pdf)

Akhtar, J. (2011) Determinants of Service Quality and Their Relationship with Behavioural Outcomes: Empirical Study of the Private Commercial Banks in Bangladesh, *International Journal of Business and Management*, 6 (11): 146-156.

Almeida, R. P., Silva, C. A., Ribeiro, L. P., Abrantes, A. F., José, H., e Ribeiro, A. (2010) Qualidade em Radiologia: Análise da perceção da qualidade e satisfação em dois serviços distintos, segundo os utentes da Consulta Externa, *Acta Radiológica Portuguesa*, 22 (88): 21-29.

Alves, M.J.P. (2009) *O Serviço de Atendimento Permanente Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. Tese de Mestrado, Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7148>

ASQ – American Society For Quality. Quality Glossary. (s.d). Disponível em URL: <http://asq.org/glossary/q.html>.

Asubonteng, P., McCleary, K.J. e Swan, J.E. (1996) SERVQUAL revisited: A critical review of service quality, *Journal of Services Marketing*, 10 (6): 62 -81.

Babakus, E. e Mangold, W. G. (1992) Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation, *Health Services Research*, 26 (6): 767- 786.

Baldwin, A. e Sohal, A. (2003) Service quality factors and outcomes in dental care, *Managing Service Quality*, 13 (3): 207-216.

Berry, L.L. e Bendapudi, N. (2007) Healthcare: A Fertile Field for Service Research, *Journal of Service Research*, 10: 111-122.

Berwick, D. M. (2002) A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report, *Health Affairs*, 21 (3): 80-90.

Bitner, M. J., Booms, B. H. e Mohr, L. A. (1994) Critical Service Encounters: The Employee Viewpoint, *Journal of Marketing*, 58 (4): 95-106.

Bolton, R. e Drew, J.H. (1991a) A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes, *Journal of Marketing*, 55 (1): 1-9.

Bolton, R. e Drew, J.H. (1991b) A multistage model of customers assessments of service quality and value, *Journal of Consumer Research*, 17 (1): 375-384.

Brady, M.K., Cronin, J.J. Jr. e Brand, R.R. (2002) Performance-only measurement of service quality: a replication and extension, *Journal of Business Research*, 55 (1): 17-31.

Butle, F. (1996) SERVQUAL: review, critique research agenda, *European Journal of Marketing*, 30 (1): 8-32.

Campos, L., Saturno, P. e Carneiro, A.V. (2010) Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Chowdhary, N. e Prakash, M. (2007) Prioritizing service quality dimensions, *Managing Service Quality*, 17 (5): 493 – 509.

Cronin, J. J. e Taylor, S. A. (1992) Measuring Service Quality: A reexamination and extension, *Journal of Marketing*, 56 (3): 55-68.

Cronin, J. J. e Taylor S. A. (1994) SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality, *Journal of Marketing*, 58 (1): 125-131.

Dale, B. e Cooper, C. (1995) *Qualidade total e recursos humanos – um guia para executivos*, Lisboa: Editorial Presença.

Dean, A. M. (1999) The applicability of SERVQUAL in different health care environments, *Health Marketing Quarterly*, 16 (3): 1-21.

Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro.

Decreto-Lei 140/2004 de 8 de Junho.

Decreto-Lei 564/99 de 21 de Dezembro.

Decreto-Lei 11/93 de 15 de Janeiro.

De Man, S. D., Gemmel, P., Vlerick, P., Rijk, P. e Dierckx, R. (2002) Patient's and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine, *European Journal of Nuclear Medicine*, 29 (9): 1109-1117.

Díaz, R. (2005) La calidad percibida en la sanidad pública, *Revista Calidad Asistencial*, 20 (1): 35-42.

Direção-Geral da Saúde. (2010) Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a saúde. Disponível em: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS\\_Vol1\\_Estrategias\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixos Estratégicos para o Sistema de Saúde - Qualidade em Saúde. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Saude\\_2013-01-17\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saude_2013-01-17_.pdf)

Dominguez, S. V (2000) O valor percebido como elemento estratégico para obter a lealdade dos clientes, *Caderno Pesquisas em Administração*, 7 (4): 53-64.

Donabedian A. (1988) The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12): 1743-1748.

Donabedian, A. (1992) Quality assurance in health care: The consumer's role. *Quality in Health Care*, 1: 247-251.

Fernandes, R. A. (2012) *Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação dos utentes de uma Clínica de Imagiologia do Grande Porto*. Tese de Mestrado, Porto. Disponível em: [http://sigarra.up.pt/fep/pt/publs\\_pesquisa.FormView?p\\_id=16274](http://sigarra.up.pt/fep/pt/publs_pesquisa.FormView?p_id=16274)

Ferreira, P. e Raposo, V. (2006) A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22: 285-296.

Fey, R. e Gogue, J. M. (1983) *Princípios da Gestão da Qualidade*, 3ª edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidacta.

Garvin, D.A. (1984) What Does "Product Quality" Really Mean?, *Sloan Management Review*, 26 (1): 25-43.

Gil, A.C. (1999) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 5ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A.

Godinho, A.C.S. (2011) *Qualidade, satisfação e lealdade nos serviços de saúde*. Tese de Mestrado, Aveiro. Disponível em: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/15568660.pdf>.

Grönroos, C. (1984) A Service Quality Model and its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, 18 (4): 36 – 44.

Grönroos, C. (2000) *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. England: John Wiley and Sons.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., e Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*, 7th Edition, New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River.

Hill M. e Hill A. (2005) *Investigação por questionário*, 2ª Edição, Lisboa: Edições Silabo.

Iacobucci, D., Ostrom, A., e Grayson, K. (1995) Distinguishing service quality and a customer satisfaction: The voice of the consumer. *Journal of Consumer Psychology*, 4 (3): 277-303.

Imrie, B.C. (2011) The Dyadic Influence of Culture and Social Power on Service Quality. The 2nd International Research Symposium in Service Management: Malaysia.

Johnston, R. (1995) The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers, *International Journal of Service Industry Management*, 6 (5): 53 – 71.

Juran, J. (1989) *Juran on leadership for quality: an executive handbook*. New York: The Free Press.

Kohn, L.T., Corrigan, J. N. e Donaldson, M. S. (2000) *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

Kotler, P., G. Armstrong, J. Saunders e V. Wong (2002) *Principle of Marketing*, 3<sup>rd</sup> European Edition, London: Prentice-Hall.

Landrum, H., Prybutok, V. R. e Zhang, X. (2007) A comparison of Magal's service quality instrument with SERVPERF, *Information and Management*. 44 (1): 104-113.

Las Casas, A. L.(1999) *Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*, 3<sup>a</sup> edição, São Paulo: Atlas.

Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A. e Kim, C. (2000) Methods of measuring health - care service quality, *Journal of Business Research*, 48: 233-246.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. e Glinos, I.A. (2008): Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Observatory Studies Series N° 12. WHO Copenhagen, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Louro, M. J. S. (2000) Modelos de avaliação de marca. *RAE – revista de administração de empresas*, 40 (2): 26-37.

Lovelock, C. e Wright, L. (1999) *Principles of Service Marketing and Management*. New Jersey: Prentice-Hall.

Marôco, J. (2011) *Análise Estatística – com utilização do SPSS*, 5ª Edição, Pêro Pinheiro: Report Number.

Marques, T. P. S. (2010) *DA QUALIDADE À SATISFAÇÃO DO UTENTE – Serviço de Colheitas de Sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Tese de Mestrado, Vila Real. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10348/1416>.

Martínez, J. A. e Martínez, L. (2010) Some insights on conceptualizing and measuring service quality, *Journal of retailing and consumer services*, 17 (1): 29- 42.

Mendes, V. M. P. (2012) *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Tese de Mestrado, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/9400>.

Mezomo, J. (2001) *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*, 1ª edição, São Paulo: Manole.

Milan, G. e Trez, G. (2005) Pesquisa de Satisfação: Um modelo para planos de Saúde, *RAE Eletrónica (online)*, 4 (2).

Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades, 88 p. – Vol. II – Orientações estratégicas, 216 p. Lisboa.

Miranda, D. M. L. (2010) *Compreender os Atributos da Qualidade Percebida pelos Clientes/Utentes do Grupo CUF. O Caso de Três Serviços de Imagiologia da Região de Lisboa*. Tese de Mestrado, Évora/Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/2634>.

Mitra, D. e Golder, P. N. (2006) How does objective quality affect perceived quality? Short-term effects, Long-term effects, and asymmetries, *Marketing Science*, 25 (3): 230-247.

Moura, G. M. S. S., Hilleshein, E. F., Schardosim, J. M. e Delgado, K. S. (2008) Satisfação do paciente na unidade de coleta de exames laboratoriais. *Rev Gaúcha Enferm.* 29 (2): 269-75.

Nitecki, D.A. e Hernon, P. (2000) Measuring Service Quality at Yale University's Libraries, *The Journal of Academic Librarianship*, 26 (4): 259-273.

Norma DGS nº 015/2013 de 03 de Outubro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

Oja, P. I., Kouri, T. T. e Pakarinen, A. J. (2006) From customer satisfaction survey to corrective actions in laboratory services in a university hospital, *International Journal Quality Health Care*, 18(6): 422–428.

Oja, P. I., Kouri, T. T. e Pakarinen, A. J. (2009) Utilisation of customer feedback in a university hospital laboratory, *Accred Qual Assur*, 14: 193–197.

Oja, P. I., Kouri, T. T. e 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*, 28: 24–28.

Otálora, M. e Orejuela, A. R. (2007) Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing, *Cuad. Adm. Bogotá (Colombia)*, 20 (34): 237-258.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L.L. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49: 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L.L. (1988) SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64: 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1991) Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Retailing*, 67(4): 420-450.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. e Berry, L.L. (1994) Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research, *Journal of Marketing*, 58: 111-24.

Pereira, M. G., Araújo-Soares, V. e McIntyre, T., (2001) Satisfação do utente e atitudes face aos Médicos e medicina: um estudo piloto, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2): 69-80.

Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008) *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*, 5ª edição, Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L. e Biscaia, J. L. (2001) Qualidade de cuidados de saúde primários, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 43-51.

Portal da Saúde. (2012) Serviço Nacional de Saúde – Composição do SNS. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/composicao+do+sns/sns2.htm>

Ramsaran-Fowdar, R. (2005) Identifying Health Care Quality Attributes, *Journal of Health and Human Services Administration*, 27 (4): 428-444.

Ransom, S. B., Joshi, M. S. e Nash, D. (2008) *The healthcare quality book: vision, strategy and tools*, 2nd edition, Chicago, ILL: Health Administration Press.

Rao, K.D., Peters, D.H. e Bandeen-Roche, K. (2006) Towards patient-centered health services in India- a scale to measure patient perceptions of quality, *Int J Qual Health Care*, 18: 414-421.

Righi, A., Schmidt, A., e Venturini, J. (2010) Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, 10 (3): 649-669.

Salazar. A., Costa, J. e Rita, P. (2004) Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioural Intentions: A Study on the Hospitality Sector, Proceedings of the 33rd EMAC (European Marketing Academy Conference): Murcia, Spain.

Salvador, P.F.C. (2012) *Qualidade em Análises Clínicas: Avaliação da qualidade percebida pelos utentes na secção de colheitas de um Serviço de Patologia Clínica*. Tese de Mestrado, Faro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/3680>.

Seki, M., Pereira, J., Plínio, G., Seki, M. O., Niyama, F. P., Caruso, M. C., Paschoaletto, M. C. D. L., Seki, M. O., Sellmann, S. A. S., Vivan, R. H.F. e Parellada, R. L. (2003) A inovação de valores nos laboratórios clínicos, *J. Bras. Patol. Med. Lab*, 39 (3): 211-214.

Sousa, P., Pinto, F., Costa, C., e Uva, A. (2008) Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados da doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde pública*, 7: 57-65.

Spreng, R., e Mackoy, R. (1996) An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, 72 (2): 201-214.

Tinoco, P.C.R. (2013) *Avaliação da qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, E.P.E*. Tese de Mestrado, Faro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/3520>.

Tsoukatos, E. (2008) Applying importance-performance analysis to assess service delivery performance, *EuroMed Journal of Business*, 3 (2): 144-162.

Urban, W. (2009) Service quality gaps and their role in service enterprises development, *Technol. & Econom. Develop. Econom*, 15 (3): 631–645.

Varo, J. (1994) *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*, Madrid, Díaz de Santos. Disponível em URL: [http://books.google.pt/books/about/Gesti%C3%B3n\\_estrat%C3%A9gica\\_de\\_la\\_calidad\\_en\\_I.html?id=gTvXJ\\_yogLYC&redir\\_esc=y](http://books.google.pt/books/about/Gesti%C3%B3n_estrat%C3%A9gica_de_la_calidad_en_I.html?id=gTvXJ_yogLYC&redir_esc=y)

WHO. (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).

Yesilada, F. e Direktör, E. (2010) Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals, *African journal of Business Management*, 4 (6): 962-971.

Zehir, C., Sahin, A., Kitapçı, H. e Özsahin, M. (2011) The Effects of Brand Communication and Service Quality In Building Brand Loyalty Through Brand Trust - The Empirical Research On Global Brands. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 24: 1218-1231.

Zeithaml, V. A. e Bitner, M. J. (2003) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 4<sup>th</sup> Edition, New York: McGraw-Hill.

## **ANEXOS**

## Anexo I – SERVPERF final

### Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve

#### Questionário aos utentes – Parte A

**Pergunta 1)** O seguinte conjunto de frases estão relacionadas com as suas impressões sobre o Serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde. Para cada frase diga em que grau é que acredita que este serviço tenha a característica descrita pelo enunciado. Uma cruz (x) no 7 significa que “Concorda Totalmente” e uma cruz no 1 significa que “Discorda Totalmente”. Pode indicar qualquer um dos números intermédios (2, 3, 4, 5, 6) que indique o seu grau de concordância. Neste questionário não existem respostas certas ou erradas, apenas interessa o número que melhor caracterize as suas perceções sobre o Serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde.

PERGUNTA	Grau de concordância						
	1	2	3	4	5	6	7
1.1 – O Serviço de Análises Clínicas possui equipamento / material moderno	1	2	3	4	5	6	7
1.2 – As instalações físicas são visualmente atraentes	1	2	3	4	5	6	7
1.3 – Os técnicos do Serviço de Análises Clínicas vestem-se adequadamente (para a função que exercem) e têm boa aparência	1	2	3	4	5	6	7
1.4 – A aparência das instalações físicas está de acordo com o tipo de serviço que é prestado	1	2	3	4	5	6	7
1.5 – Quando o Serviço de Análises Clínicas se compromete a fazer algo num determinado momento, cumpre (exemplo: ter as análises prontas até determinado dia)	1	2	3	4	5	6	7
1.6 – O Serviço de Análises Clínicas é solidário e tranquilizador quando necessita de ajuda	1	2	3	4	5	6	7
1.7 – O Serviço de Análises Clínicas é confiável (realiza bem o serviço à primeira vez)	1	2	3	4	5	6	7
1.8 – O Serviço de Análises Clínicas fornece os seus serviços pela ordem de chegada dos utentes	1	2	3	4	5	6	7
1.9 – O Serviço de Análises Clínicas mantém os registos dos utentes atualizados (dados pessoais, análises anteriores, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
1.10 – O centro de saúde não comunica aos utentes exatamente quando é que as colheitas serão realizadas	1	2	3	4	5	6	7
1.11 – Os técnicos do Serviço de Análises Clínicas não o atendem num espaço de tempo aceitável	1	2	3	4	5	6	7
1.12 – Os técnicos do Serviço de Análises Clínicas nem sempre estão dispostos a ajudar os utentes	1	2	3	4	5	6	7
1.13 – Os técnicos de Análises Clínicas estão muito ocupados para conseguir responder prontamente às solicitações dos utentes	1	2	3	4	5	6	7
1.14 – Pode confiar nos técnicos do Serviço de Análises Clínicas	1	2	3	4	5	6	7
1.15 – O comportamento dos técnicos de Análises Clínicas transmite-lhe segurança	1	2	3	4	5	6	7
1.16 – Os técnicos do Serviço de Análises Clínicas são educados	1	2	3	4	5	6	7
1.17 – Os técnicos de Análises Clínicas recebem o apoio adequado (condições de trabalho, infraestruturas) do centro de saúde para executarem bem o seu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
1.18 – O Serviço de Análises Clínicas não lhe dá atenção individual (direcionada exclusivamente a si)	1	2	3	4	5	6	7
1.19 – Os técnicos de Análises Clínicas não lhe dão atenção personalizada (adaptada às suas preferências, necessidades)	1	2	3	4	5	6	7
1.20 – Os técnicos de Análises Clínicas não sabem quais são as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
1.21 – O Serviço de Análises Clínicas não está profundamente interessado no seu bem-estar	1	2	3	4	5	6	7
1.22 – O Serviço de Análises Clínicas não possui horários convenientes a todos os seus utentes	1	2	3	4	5	6	7

Adaptado a partir do questionário SERVPERF traduzido e adaptado por Salvador (2012)

Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas

O seguinte conjunto de afirmações está relacionado com as **suas impressões sobre o Serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde**. Por favor, responda, fazendo uma cruz (x) no número que melhor reflete as suas próprias perceções.

**Pergunta 2)** Se durante o próximo ano precisar de efetuar análises regularmente, o meu uso do Serviço de Análises Clínicas nos centros de saúde será (assumindo que poderá ir fazer análises a outro sítio pelo mesmo preço)

Nenhum 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muito Frequente

**Pergunta 3)** A qualidade dos serviços prestados é:

Muito fraca 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Excelente

**Pergunta 4)** Relativamente à minha satisfação com os serviços prestados, considero-me:

Muito insatisfeito 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muito Satisfeito

**Questionário aos Utesntes – parte B**

**1- Pessoa que responde ao questionário:**

Próprio (a)	
Familiar / Acompanhante	
Outro / Qual?	

**2- Local da colheita:**

C.S. Faro	
Extensão de Estói	
C.S. Loulé	
Extensão de Quarteira	
USF Ria Formosa – Faro	
USF Ria Formosa – Montenegro	
C. S. Albufeira	
USF Albufeira	

Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas

**3 – Caracterização do utente:**

3.1 – Já fez análises neste Centro de Saúde?

Sim	
Não	

3.2 - Já fez análises noutra local?

Sim	
Não	

3.2.1 – Se respondeu Sim na questão anterior (3.2), especifique o local:

Hospital Público	
Hospital Privado	
Laboratório de Análises Clínicas Privado	
Clínica Privada	
Outro / Qual?	

3.3 – Sexo

Feminino	
Masculino	

3.4 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

3.5 – Estado Civil:

Solteiro (a)	
Casado (a) ou União de Facto	
Divorciado (a) ou Separado (a)	
Viúvo (a)	

3.6 – Nacionalidade:

Portuguesa	
Estrangeira	

3.7- Local de residência:

Urbano	
Rural	

3.8 – Grau de Escolaridade:

Sem Escolaridade	
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	
2º ciclo do ensino básico (6ª classe)	
3º ciclo do ensino básico (9º ano)	
Ensino Secundário/ Liceu (12º ano)	
Bacharelato	
Licenciatura	
Pós-Graduação	
Mestrado	
Doutoramento	
Outro / Qual?	

Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas

3.9 – Situação Profissional:

Desempregado (a)	
Reformado (a)	
Estudante	
Trabalhador (a) por conta de outrem	
Trabalhador (a) por conta própria	
Outra situação Qual?	

*Obrigado pela sua participação*

## Anexo II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro ou está incorreto, não hesite em solicitar mais informações. Se aceita participar na presente investigação, por favor assinie no espaço indicado.*

**Título do estudo:** “Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve”.

**Enquadramento:** Este questionário faz parte integrante de um estudo que está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, lecionado pela Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve em parceria com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, que tem como objetivo avaliar a qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários (centros de saúde) do ACES Central – Algarve, ao nível das análises clínicas. Este trabalho tem como orientador o Professor Doutor José Eusébio Pacheco, docente na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

**Explicação do estudo:** Serão distribuídos questionários aos utentes que se desloquem aos vários centros de saúde para efetuarem análises clínicas durante o período da manhã (das 8h às 11h) e que sejam alvo da prestação do serviço de colheita. Os dados recolhidos a partir destes questionários, serão depois alvo de tratamento e análise estatística, de forma a conseguir uma avaliação da qualidade percebida pelos utentes quando se deslocam para efetuarem análises clínicas nos centros de saúde. Os resultados obtidos permitirão fornecer informação, que por sua vez, poderá ser considerada útil, para ir ao encontro das necessidades dos utentes com vista à prestação de um melhor serviço.

**Condições e financiamento:** O estudo é financiado na sua totalidade pela autora. A participação neste estudo é voluntária, não existindo qualquer tipo de prejuízo caso não queira participar.

**Confidencialidade e anonimato:** Os critérios de confidencialidade e anonimato dos respondentes, serão salvaguardados em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Desde já agradeço a sua disponibilidade, encontrando-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

A Investigadora:

Joana Matias

Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública no Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra.

Laura Ayres – ARS Algarve

Email: [joana.i.s.matias@gmail.com](mailto:joana.i.s.matias@gmail.com)

Assinatura: .....

-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço voluntariamente, com a garantia de confidencialidade e anonimato por parte da investigadora.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... / ..... / .....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver o discernimento pode também assinar no campo em cima)

NOME: .....

GRAU DE PARENTESCO / TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA: .....

Exmº. Senhor  
Presidente do Conselho Directivo  
da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

**Assunto:** Solicitação de autorização e de parecer da Comissão de Ética

Joana Isabel Salsinha Matias, Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública, a exercer funções no Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres, igualmente a frequentar o Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização, bem como um parecer da Comissão de Ética, para aplicar um instrumento de avaliação sob a forma de questionário, necessário à realização da minha tese de mestrado, junto dos utentes nos centros de saúde do ACES Central – Algarve.

Pretendo realizar um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal a fim de avaliar a qualidade percebida pelos utentes em relação ao serviço de análises clínicas prestado pelos técnicos de análises clínicas e saúde pública, nos centros de saúde.

Para o tratamento estatístico dos dados vão ser utilizadas as seguintes ferramentas: software SPSS e programa Microsoft Excel. Os testes estatísticos que serão utilizados para a análise dos resultados são os seguintes: distribuição de frequências, medidas de tendência central, determinação do nível de consistência interna do instrumento (Alfa de Cronbach), coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis.

Junto em anexo o mini-projecto deste estudo, o instrumento de avaliação que será utilizado e o consentimento informado para participação no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Faro, 29 de Setembro de 2014

---

Joana Matias

**Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve**

0402'15 001311



Exma. Senhora  
Joana Isabel Salsinha Matias  
Rua D. Frei João de Faro nº 40 – 2º Esq. Post.  
8000-351 Faro

V/ Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
CES

ASSUNTO: Estudo: "Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos Cuidados de Saúde Primários em análises clínicas: um estudo nos Centros de Saúde do ACES"

Serve o presente para informar V. Excelência, que após análise do estudo em epígrafe " A CES deliberou por unanimidade aprovar a presente autorização para estudo, recomendando que a recolha dos questionários sejam depositados de forma anónima num recipiente fechado (por ex.: urna) no local da recolha, para garantir a confidencialidade dos dados."

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis  
Presidente do Conselho Diretivo  
da ARS Algarve, I.P