



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NUMA UNIDADE DE
SAÚDE DE REABILITAÇÃO**

Sofia Farias Dehanov

Dissertação de Mestrado para a Obtenção do Grau de

Mestre em Gestão de Empresas

Orientador:

Prof. Doutora Denise Capela dos Santos

Julho 2013

Resumo

A qualidade do serviço é vista como um factor determinante do sucesso das organizações. No entanto, a sua gestão é algo complexo, em virtude das características específicas dos serviços (intangibilidade, heterogeneidade, simultaneidade de produção e consumo, e perecibilidade). Com a finalidade de se ultrapassar este desafio, vários investigadores têm se focado na conceptualização e no desenvolvimento de escalas de medida da qualidade do serviço, destacando-se o modelo SERVQUAL e o SERVPERF. As organizações de saúde, à semelhança das organizações de outros sectores, necessitam de se manter competitivas, sendo essencial sobressair pela qualidade do serviço prestado. Para tal, deverão ter a preocupação de medir a percepção da qualidade do serviço por parte dos seus clientes, bem como desenvolver estratégias que permitam a melhoria contínua dos seus serviços.

Assim torna-se relevante investigar os factores que influenciam a percepção da qualidade nos serviços de saúde, mais especificamente nos serviços de reabilitação. Para tal, pretendemos inicialmente verificar se o instrumento SERVPERF é sensível na avaliação da qualidade do serviço neste sector. Ponderando que a qualidade do serviço também pode ser descrita com base nos resultados do serviço prestado e sendo a independência funcional o indicador dos benefícios ou resultados do programa de reabilitação, pretendemos igualmente verificar se a independência funcional influencia a percepção da qualidade do serviço e/ou satisfação do cliente.

Os resultados obtidos demonstraram que o instrumento SERVPERF apresenta adequadas propriedades psicométricas, sugerindo ser adequada a sua aplicabilidade nos serviços de reabilitação para a avaliação genérica da qualidade do serviço. Também demonstraram que a independência funcional (resultado da prestação de cuidados) encontra-se positivamente associada à qualidade do serviço. No entanto a relação entre a independência funcional e satisfação, não demonstrou significância estatística. O presente estudo poderá fornecer um importante contributo às instituições prestadoras de serviços de reabilitação, no que diz respeito ao instrumento que poderão escolher para avaliar a qualidade do serviço que prestam, permitindo aos gestores destas instituições entender as determinantes da qualidade do serviço que deveram melhorar e assim reestruturar as suas estratégias de marketing.

Palavras-chaves: Qualidade do serviço, satisfação do cliente, medida de independência funcional, SERVPERF.

Abstract

The quality of service is seen as a determinant key for the organizations success. However its management is complex, due to services specific characteristics (intangibility, heterogeneity, simultaneity of production and consumption, and perishability). In order to overcome this challenge, several researchers have focused on the conceptualization and development of methods for measuring service quality, highlighting the SERVQUAL and SERVPERF models. Healthcare organizations, as organizations from other sectors, need to remain competitive, it is essential to excel by service quality. To achieve this, measuring the perceived quality of service provided as well as develop strategies to enable the continuous improvement of its services should be major concerns.

Therefor it becomes important to investigate the factors that influence the perception of quality in health care, specifically in rehabilitation services. To achieve this, initially we intend to verify if the SERVPERF tool is sensitive enough for assessing the quality of service in this sector. Considering that the quality of service can also be described based on the results of the service provided and the functional independence the indicator of results or benefits from the rehabilitation program. We also aim to verify if the functional independence influences the perception of service quality and / or customer satisfaction.

The results showed that the SERVPERF instrument has adequate psychometric properties, suggesting its applicability to be adequate to rehabilitation services to access the overall service quality. It was also demonstrated that the functional independence (results of care service provided) is positively related with service quality. However the relationship between functional independence and satisfaction, showed no statistical significance. This study may provide an important contribution to the institutions providing rehabilitation services, with respect to the instrument that one may choose to assess the quality of service provided, allowing managers of these institutions to understand the determinants of quality of service to be improved and thus restructure its marketing strategies.

Keywords: Service quality, customer satisfaction, measure of functional independence, SERVPERF.

Dedicatória

Ao meu filho Dinis e marido Luís

Agradecimentos

A realização do presente trabalho não seria possível sem o contributo de algumas pessoas, que faço questão de agradecer.

Agradeço, primeiramente, a Prof.^a Doutora Denise Santos pela sua disponibilidade, partilha de conhecimentos, orientação, compreensão e apoio durante todo percurso de desenvolvimento desta tese.

Agradeço o Conselho Directivo, o Conselho de Ética e todos os participantes deste estudo pela sua disponibilidade, que permitiu a concretização do trabalho de campo.

Agradeço, de modo muito especial, o meu marido Luís pela sua compreensão, dedicação e apoio incondicional em todos os momentos deste percurso.

A todos, o meu sincero obrigado!

*“A beleza está nos olhos de quem a vê,
a qualidade do serviço está na opinião de quem o recebe”*
Schneider e Bowen (1995)

Índice

1. Introdução	1
1.1 Objectivos da investigação	2
1.2 Estrutura do trabalho.....	2
2. Fundamentação teórica	4
2.1 Qualidade do serviço.....	4
2.2 Modelo de Parasuraman, Zeithaml & Berry – <i>Gaps model</i>	7
2.2.1 Escala SERVQUAL	12
2.2.2 Críticas ao instrumento SERVQUAL.....	13
2.3 Modelo de Cronin e Taylor – <i>SERVPERF</i>	14
2.3. Factores que influenciam a percepção da qualidade do serviço.....	15
2.4 Qualidade e o sector da saúde.....	18
2.4 Satisfação	19
2.5 Medida de Independência Funcional	20
2.6 Desenho do estudo.....	23
3. Metodologia	26
3.1 Procedimentos	26
3.2 Medidas	27
3.2.1 Qualidade do serviço (SERVPERF).....	27
3.2.2 Satisfação	27
3.2.3 Medida de Independência Funcional	28
4. Resultados e discussão.....	29
5. Conclusão	37
5.1 Implicações para a gestão das unidades de saúde.....	38
5.2 Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras	41
6. Referências Bibliográficas	43
Anexos.....	46
Anexo I – SERVPERF	47
Anexo II – Consentimento informado.....	48
Anexo III – Modelo de medida (Output SPSS Amos)	49

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo conceptual da qualidade nos serviços - <i>GAP Model</i>	9
Figura 2 - Modelo de investigação proposto	25
Figura 3 – Resumo dos resultados do modelo de investigação proposto	36

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra segundo a idade, por intervalos (n=82)	29
Gráfico 2 – Caracterização da amostra segundo a habilitações literárias (n=82)	30
Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo o tempo de internamento (n=82)	30
Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de internamento (n=82)	31

Índice de quadros

Quadro 1 - Estatística descritiva e intercorrelacional das variáveis em estudo	33
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1 – <i>Output SPSS</i> : Teste de KMO e índice de <i>Bartlett</i>	31
--	----

Lista de abreviaturas e siglas

AFE – Análise factorial exploratória

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividade(s) de vida diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

etc. – entre outras coisas

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

LVM – Lesão vertebro-medular

MIF – Medida de Independência Funcional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

1. Introdução

*“A não ser que se sabia absolutamente tudo aos 20,
não há qualquer possibilidade de saber um pouco aos 50.”*

(Hemingway)

O sector dos serviços tem manifestado um crescimento significativo nos últimos anos, transformando-se num dos pilares do desenvolvimento económico dos países ocidentais, tal como Portugal. Este crescimento tem favorecido o aumento de oferta para o cliente e de concorrência para as organizações. Um dos aspectos diferenciadores dos serviços prestados pelas organizações reside na sua qualidade, um factor decisivo para o sucesso destas mesmas organizações. Desde modo, para sobreviverem e se manterem competitivas, a procura pela qualidade do serviço tornou-se um factor imperativo para todas as organizações (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994; V. A. Zeithaml, 2000).

Dada à importância da qualidade do serviço, nas últimas três décadas, o constructo tem sido bastante debatido e alvo de algumas controvérsias. Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985) refere mesmo trata-se de um constructo abstracto e ilusório, devido a três características específicas dos serviços:

- intangibilidade (em virtude dos serviços serem desempenhos ou acções, em vez de objectos, e como tal não podem ser vistos, sentidos, experimentados ou tocados do mesmo modo que os bens tangíveis);
- heterogeneidade (visto que o serviço pode variar de prestador para prestador e de cliente para cliente, bem como de dia para dia. Esta heterogeneidade aumenta nos serviços que são co-produzidos com o cliente, pela variabilidade e incerteza do comportamento desses mesmos clientes); e a
- simultaneidade de produção e consumo (que contrariamente aos produtos, que são primeiramente produzidos e depois vendidos, a maioria dos serviços são vendidos e em seguida simultaneamente produzidos e consumidos).

Zeithamal e Bitnet (1996) alerta-nos para uma quarta característica, a perecibilidade (que refere-se ao facto dos serviços não poderem ser guardados, armazenados, revendidos ou devolvidos) (V. Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2013).

Estas características distintivas dos serviços têm criado alguns desafios aos seus prestadores/organizações, onde se destaca a dificuldade de definição de qualidade do serviço e sua mensuração (V. Zeithaml *et al.*, 2013).

Com a finalidade de ultrapassar o desafio de medir a qualidade do serviço, várias investigações têm sido realizadas. Destas investigações, dois instrumentos de medida têm-se destacado, o SERVQUAL proposto por Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988) e o SERVPERF proposto por Cronin and Taylor (1992). Relativamente à aplicabilidade, ambos instrumentos permitem avaliação da qualidade do serviço em qualquer sector.

As organizações de saúde, à semelhança das organizações de outros sectores, necessitam de se manter competitivas, sendo essencial sobressaírem pela qualidade do serviço prestado. Para tal, deveram ter a preocupação de mensurar a percepção da qualidade do serviço por parte dos seus clientes, bem como desenvolverem estratégias que permitam a melhoria contínua dos seus serviços.

1.1 Objectivos da investigação

Com o presente estudo pretendemos validar um instrumento de avaliação da qualidade do serviço (na perspectiva do cliente), que possibilite aos gestores das organizações de saúde o diagnóstico dos aspectos do seu serviço a melhorar.

Ponderando os resultados de Brady and Cronin (2001), em que o resultado do serviço influencia a percepção de qualidade, pretendemos igualmente verificar se o resultado da prestação dos cuidados (nível de independência funcional) influencia do mesmo modo a percepção de qualidade, bem como verificar a sua influencia na satisfação do cliente.

1.2 Estrutura do trabalho

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será apresentada a revisão da literatura sobre a qualidade do serviço, os modelos da qualidade do serviço, a satisfação e a medida de independência funcional (instrumento que permite determinar os benefícios/resultados do programa de reabilitação). Será igualmente descrito

o desenho da investigação proposto e respectivas hipóteses. No segundo capítulo serão descritos os procedimentos desenvolvidos na investigação e ainda as medidas utilizadas no instrumento de colheita de dados. No terceiro capítulo serão apresentados os resultados (verificação do suporte das hipóteses) e respectiva discussão (tendo em consideração as anteriores investigações), sem esquecer as implicações para a prática. Por fim, no quarto e último capítulo serão apresentadas as principais conclusões da investigação.

2. Fundamentação teórica

*“Quando duvidares entre fazer e não fazer,
Deves sempre escolher fazer, mesmo correndo o risco de fracassar.
Se tal acontecer, pelo menos, teremos ganhado experiência.”*
(Alejandro Jodorowsky)

2.1 Qualidade do serviço

Revendo a literatura sobre a temática da qualidade é possível perceber o conceito como subjectivo e complexo. Trata-se de um conceito com várias definições e de difícil consenso, podendo ser analisado de diferentes ângulos, consoante a perspectiva escolhida. Garvin (1988) citado por Martins (2013) apresenta cinco principais vertentes do conceito de qualidade:

- transcendente, em que a qualidade representa a excelência inata, eterna, reconhecida por todos;
- baseada no produto, sendo a qualidade percebida como uma variável precisa e mensurável, que quando alterada pode significar redução de algum componente ou atributo de um produto;
- baseada no utilizador, em que a qualidade reflecte as preferências dos consumidores, tendo qualidade mais elevada o produto que melhor satisfaz as necessidades do utilizador;
- baseada na produção, em que a qualidade advém do cumprimento das especificações do produto, e a não conformidade pela ausência de alguma especificação (do que está pré determinado) implica desvios da qualidade;
- baseada no valor, sendo a qualidade definida com base no custo e preço.

Perante isto, na nossa perspectiva, a qualidade é um conceito multifacetado, dado que é gerida, implementada e controlada de acordo com a perspectiva, segundo a qual o gestor se rege.

A qualidade do serviço tem recebido uma considerável atenção nas últimas três décadas, tanto pelos académicos (investigadores) como pelos profissionais (gestores), dada a sua importância nas organizações. Para implementar a qualidade numa organização os gestores tem de definir qualidade e perceber em que consiste.

Destas investigações várias definições tem surgido.

Grönroos (1984) citado por Parasuraman *et al.* (1985) define a qualidade do serviço como o resultado de um processo de avaliação, no qual, o consumidor compara as suas expectativas com a percepção do serviço que recebeu. Da revisão da literatura, esta definição tem sido considerada o ponto de partida da génese deste constructo.

Parasuraman *et al.* (1988) propõem que a avaliação da qualidade do serviço resulta da diferença entre as expectativas do cliente (o que cliente sente que deve ser oferecido quando lhe prestam um serviço) e a percepção do desempenho do serviço recebido. Esta definição, à semelhança da anterior, baseia-se no paradigma da desconfirmação (ou desconformidade), ou seja, confirma ou não, que o serviço prestado (percepção) vai de encontro às expectativas que o cliente tem do serviço.

Zeithaml (1987) refere que a percepção de qualidade resulta de um julgamento do cliente sobre a excelência global ou superioridade da organização (Parasuraman *et al.*, 1988).

Rust e Oliver (1994) interpretam a percepção global da qualidade do serviço como resultado da avaliação que o cliente faz do serviço, baseada em três dimensões: a interacção cliente-prestador do serviço, o ambiente do serviço e o resultado.

Para além destes dois últimos autores, outros abordam igualmente a qualidade do serviço como um constructo multidimensional (Brady & Cronin, 2001). Destes destacam-se duas correntes, a “nórdica” (Grnroos, 1982, 1984) e a “americana” (Parasuraman *et al.*, 1985, 1988; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1991).

A corrente nórdica, desenvolvida por Grönroos, apresenta um modelo bidimensional da qualidade: a dimensão técnica e a funcional. A dimensão técnica reflecte o resultado do serviço (o que o cliente obtém do serviço), enquanto a dimensão funcional representa o modo como o serviço é prestado (as percepções do cliente relativamente às interacções ocorridas durante a prestação do serviço)(Brady & Cronin, 2001).

Por outro lado, temos a corrente americana, em que Parasuraman *et al.* (1985, 1988) estrutura a qualidade de serviço em cinco dimensões: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Com base nos resultados das suas investigações, afirmam que estas dimensões são as essenciais para determinar a qualidade do serviço, independentemente do sector do serviço. Ou seja, propõem um modelo transversal a qualquer sector dos serviços. Por este facto, a maioria das investigações optam por aplicar este modelo.

Schneider e Bowen (1995, p. 22) citados por Martins (2013) definem a qualidade num paralelismo com a beleza, referindo que *“a beleza está nos olhos de quem a vê, a qualidade do serviço está na opinião de quem o recebe”*.

Apesar de não existir uma definição consensual de qualidade do serviço, a generalidade dos autores revistos parecem partilhar da premissa que a qualidade advém da opinião dos clientes, advém daquilo que eles dizem que qualidade é (Deming, 2000; Saias, 2007).

Presentemente, em pleno século XXI, as organizações mais evoluídas traçam objectivos sociais e ambientais e desenvolvem estratégias para obter vantagem competitiva, fortalecendo uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio. São organizações que não se referem à qualidade como um meio em si mesmo, ao em vez disso, vêem o constructo numa perspectiva mais abrangente - a perspectiva da sustentabilidade. Isto é, a qualidade promove a satisfação das necessidades actuais do cliente, mas tendo o cuidado de não prejudicar no futuro, a satisfação das necessidades das gerações vindouras. Trata-se de uma visão, em que a qualidade é tida como base de garantia de sucesso económico, social e ambiental, permitindo alcançar a excelência e o desenvolvimento sustentável. Estas organizações preocupam-se não só com a satisfação das suas necessidades e dos seus clientes, como também em satisfazer necessidades da sociedade, com a particularidade de não comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras (Martins, 2013).

Em Portugal, o conceito de qualidade está enquadrado legalmente e pode ser definido, de acordo com o Decreto-Lei 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”*.

Para além da preocupação em se conceptualizar a qualidade do serviço, importa ainda referir que alguns investigadores, manifestaram igualmente necessidade de desenvolver um instrumento de medida, capaz de avaliar o constructo. Dos vários instrumentos propostos, dois têm se destacado nas investigações, o SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988, 1991) e o SERVPERF desenvolvido por Cronin and Taylor (1992).

Relativamente às consequências da qualidade, vários estudos têm fundamentado que a qualidade do serviço encontra-se positivamente associada: à satisfação (e.g. Anderson & Sullivan, 1993; Bolton & Drew, 1991; Brady & Cronin, 2001; Brady, Cronin, & Brand, 2002; Cronin, Brady, & Hult, 2000; Cronin & Taylor, 1992; Oliver, 1999), à intenção de compra e recomendação do serviço (e.g. Cronin *et al.*, 2000; V. A. Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1996) e ao retorno económico (e.g. Anderson, Fornell, & Lehmann, 1994; V. A. Zeithaml, 2000).

Perante tudo o que foi referenciado, concordamos com a perspectiva genérica que apresentamos de Deming (2000); Saias (2007), onde a qualidade é um conceito com base na apreciação que as pessoas fazem, e tendo em conta uma das suas consequências - a satisfação, na nossa opinião, trata-se de um conceito associado ao bem estar das pessoas.

2.2 Modelo de Parasuraman, Zeithaml & Berry – *Gaps model*

O modelo conceptual da qualidade nos serviços (perspectiva americana), proposto por Parasuraman *et al.* (1985), defende que a qualidade do serviço resulta do grau de discrepância entre as expectativas e as percepções do cliente. Ou seja, com base no modelo de satisfação de Oliver (1980), afirmam que a avaliação da qualidade (Q_i) de um serviço pelo cliente, relativamente a uma dimensão (i), resulta da diferença entre as suas expectativas (E_i) e o julgamento que faz do desempenho do serviço: $Q_i = E_i - D_i$. Designam esta diferença por *GAP*.

Parasuraman *et al.* (1985) testaram o modelo, efectuando entrevistas, em quatro organizações de serviços distintos e perceberam que os clientes, para estabelecerem o seu julgamento sobre a qualidade do serviço prestado, aplicavam os mesmos critérios, independentemente do serviço considerado. Esses critérios (determinantes do serviço de qualidade) foram inicialmente generalizados em dez categorias: acesso, comunicação,

competência, cortesia, credibilidade, capacidade de resposta, confiança, segurança, tangibilidade e conhecimento/compreensão do cliente.

No entanto, no decorrer das suas pesquisas Parasuraman *et al.* (1988) concluem que o cliente ao adquirir/usufruir do serviço, avalia a qualidade do mesmo, por meio de cinco determinantes. Assim aperfeiçoam o modelo e reduzem as dez determinantes iniciais a cinco:

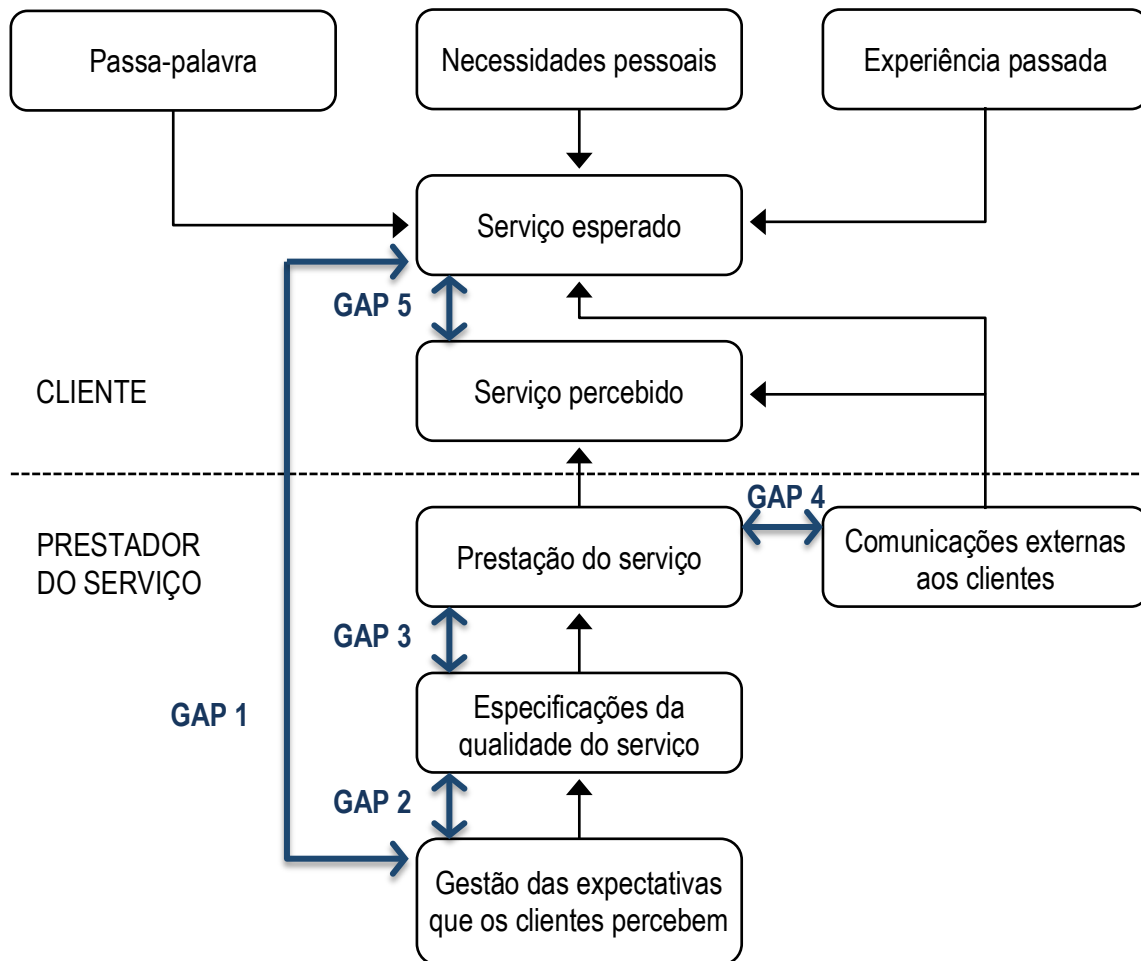
- Tangibilidade – engloba os aspectos físicos e a aparência do serviço (e.g. equipamentos, instalações e aparência do pessoal);
- Fiabilidade – capacidade de desenvolver o serviço prometido de forma confiável e precisa;
- Capacidade de resposta – capacidade de ajudar o cliente e promover a prontidão do serviço;
- Segurança – conhecimento e cortesia dos empregados e sua capacidade de inspirar confiança e certeza aos clientes
- Empatia – cuidado, atenção individualizada que a organização promove aos seus clientes.

Estas dimensões servem de base à avaliação da qualidade dos serviços e são transversais a diferentes tipos de serviços (Parasuraman *et al.*, 1985, 1988).

O modelo procura ilustrar de que modo o cliente avalia a qualidade do serviço e de que modo a organização, observando a influência das discrepâncias (satisfação ou não das expectativas do cliente), pode analisar a qualidade do serviço prestado e a partir daí redefinir estratégias de melhoria, se necessário.

Para os autores a qualidade de serviço e a satisfação do cliente estão muito ligadas entre si. A satisfação do cliente conduz à qualidade do serviço (Parasuraman *et al.*, 1988) e como tal é fundamental para os gestores das organizações a análise continua das discrepâncias. Mas não só. Os gestores devem igualmente valorizar os factores que promovem o desenvolvimento das expectativas dos clientes, pois são igualmente relevantes para a estratégia de marketing da organização. Parasuraman *et al.* (1988) destaca quatro factores: a comunicação interpessoal (informação recebida e divulgada de “boca-a-boca”), as necessidades pessoais, a experiência anterior do próprio cliente e ainda a comunicação externa que a organização apresenta sobre o serviço a prestar.

Figura 1 - Modelo conceptual da qualidade nos serviços - *GAP Model*



Fonte: (adaptação de Parasuraman *et al.*, 1985)

Relativamente às discrepâncias (*GAP*), o modelo enumera cinco, com a seguinte descrição:

- *Gap 1* - representa a discrepância entre as expectativas do cliente (aquilo que querem ou desejam) e a percepção dos gestores sobre essas mesmas expectativas (aquilo que os gestores pensão que eles querem). Daqui poderá decorrer insatisfação do cliente, pelo reduzido conhecimento das expectativas e necessidades do cliente, por parte dos gestores da organização prestadora de serviços.
- *Gap 2* - corresponde à discrepância entre a percepção dos gestores sobre as expectativas dos clientes e as especificações definidas para a qualidade do serviço. A insatisfação do cliente poderá surgir pela inexistência de normas que regulem a prestação dos serviços, como o tempo de espera pelo serviço ou a rapidez com que

é prestado ou mesmo pela dificuldade em concretizar no serviço as expectativas do cliente.

- *Gap 3* - indica a discrepância entre as especificações definidas para a qualidade do serviço e as características do serviço prestado. A insatisfação do cliente poderá resultar da não correspondência, por deficiência de meios ou do pessoal, entre as normas existentes (o que a organização estipula para o serviço) e o serviço prestado.
- *Gap 4* - corresponde à discrepância entre a prestação do serviço e as comunicações externas efectuadas pela organização sobre esse serviço. A insatisfação poderá derivar da contradição entre o serviço esperado e a promessa nas comunicações efectuadas pela organização.
- *Gap 5* - representa a discrepância entre o que o cliente percepçiona e o que espera do serviço. A insatisfação estará presente se o conjunto das anteriores situações ou várias delas existirem (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio, & Rodrigues, 2008; Parasuraman *et al.*, 1985, 1988, 1991).

Segundo os autores, quanto maior a discrepância entre as expectativas e a percepção, 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. Quanto menor for esta diferença, melhor será a qualidade percebida.

Importa assim referir, o que a organização pode fazer para ultrapassar as discrepâncias identificadas na prestação de um serviço de qualidade e promover uma relação duradoura com o cliente.

Os procedimentos para ultrapassar o Gap 1 passam por conhecer tanto quanto possível o cliente:

- Aproveitar estrategicamente as reclamações para identificar os problemas existentes na prestação do serviço;
- Identificar sectores similares e pesquisar os interesses dos clientes, aquilo que eles querem;
- Obter informação junto dos intermediários do serviço, relativamente ao cliente final;

- Estudar clientes-chave, clientes suficientemente relevantes para serem estudados individualmente;
- Identificar os clientes-padrão e estudá-los de forma a conhecer os segmentos de clientes que representam.
- Realizar questionários aos clientes, após a prestação do serviço, para estes avaliarem o serviço recebido e ainda
- aplicar periodicamente uma escala de medição da qualidade percebida pelo cliente.

A forma de colmatar o Gap 2 prende-se com a gestão:

- pretende-se um gestor com o compromisso de mudar o serviço, no sentido de ir ao encontro das expectativas do cliente;
- deve-se padronizar o serviço, informatizar o processo de prestação do serviço, por forma a prevenir uma deficiente normalização do serviço;
- é igualmente importante definir objectivos, tendo em consideração diálogos prévios com todos os colaboradores, para fazer face aos problemas de exequibilidade resultantes da tentativa de ir ao encontro das expectativas dos clientes.

Para fazer face ao Gap 3 é necessário apostar nos recursos humanos da organização e na educação dos clientes:

- Incentivar a comunicação entre os vários níveis hierárquicos da organização;
- Definir claramente as tarefas e descentralizar as mesmas com responsabilização;
- Promover formação técnica aos colaboradores e ainda esclarece-los relativamente ao seu papel, comportamento e tarefas que lhes são atribuídas;
- Recompensar os colaboradores com base no seu desempenho;
- Organizar e incentivar encontros entre os empregados e fomentar o trabalho de equipa;
- Educar os clientes e recompensa-los pelo seu papel.

Por fim, para ultrapassar o Gap 4 é fundamental evitar fazer promessas difíceis de realizar e como tal investir numa comunicação verdadeira e responsável, quer a nível da

publicidade nos meios de comunicação, quer a nível das informações prestadas pelos colaboradores (Martins, 2013).

Perante tudo o que foi referido é possível referir que as organizações que tenham o cliente no centro das suas atenções, puderam gerir a qualidade do serviço, através de estratégias de marketing que vão ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, contribuindo deste modo para a manutenção de uma relação duradoura com os clientes.

2.2.1 Escala SERVQUAL

Como vimos anteriormente um gestor bem informado sobre os clientes é um gestor com uma vantagem competitiva significativa para melhorar a qualidade do serviço prestado pela organização. Há que ir colher informação sobre a qualidade do serviço percebido pelos clientes. Assim, com o intuito de medir a qualidade do serviço, Parasuraman *et al.* (1988, 1991), durante o aperfeiçoamento do modelo conceptual de qualidade dos serviços, desenvolveram uma escala multi-item que denominaram SERVQUAL.

A escala SERVQUAL é constituída por 44 itens (22 itens que avaliam as expectativas e 22 itens que avaliam a percepção do serviço recebido), com a finalidade de verificar as discrepâncias das cinco dimensões propostas pelos autores (tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia), por meio de uma escala de likert de 7 pontos, em que o 1 representa o descordo totalmente e o 7 - concordo totalmente.

A sua aplicação decorre em dois momentos distintos. O primeiro momento ocorre antes do serviço ser recebido. Desta forma é possível avaliar as expectativas dos clientes sobre o serviço que vai usufruir. O segundo momento de aplicação desta escala surge após o serviço ter sido realizado e permite avaliar a percepção que o cliente tem do serviço que recebeu.

Esta escala representa um instrumento genérico capaz de medir a qualidade dos serviços nos diferentes sectores, pois quando necessário pode ser adaptado às características específicas dos diferentes sectores.

Da revisão da literatura é possível afirmar que aplicação do SERVQUAL tem sido muito variada, tanto no tipo de serviços, como em diversos países, existindo uma larga aceitação

da escala entre os investigadores. Todavia, não apresenta uma fácil aplicabilidade no dia-a-dia, nem para os gestores, nem para os investigadores, em virtude de ser necessário dois momentos de recolha de dados tornando o processo moroso e dispendioso (Saías, 2007).

Esta e outras limitações da escala serão abordadas na secção que se segue.

2.2.2 Críticas ao instrumento SERVQUAL

Apesar do SERVQUAL ser o instrumento mais usado na medição da qualidade nos serviços e apresentar uma ampla aceitação por parte dos investigadores, não significa que não tenha algumas imperfeições e esteja a salvo de críticas.

Em termos conceptuais, Cronin and Taylor (1992) defendem primeiramente que a avaliação da qualidade do serviço depende somente da avaliação da percepção do serviço prestado, não existindo a necessidade da avaliação das expectativas. Os autores referem que a qualidade percebida do serviço corresponde a uma avaliação global do cliente face ao serviço recebido. Como tal, deve ser descrita e medida como uma atitude, e não conceptualizada com base na desconfirmação das expectativas do cliente, mediante a comparação do desempenho do serviço prestado, como proposto por Parasuraman *et al.* (1985, 1988). Defendem que o paradigma da desconfirmação deverá ser aplicável ao conceito de satisfação e não da qualidade (Cronin & Taylor, 1994). Parasuraman *et al.* (1994) em resposta a Cronin & Taylor (1992) referem que será importante manter a avaliação das discrepâncias, com a finalidade de identificar as dimensões que os clientes mais valorizam para evitar gastos em iniciativas de melhoria da qualidade que não acarretam retorno.

Em segundo lugar, defendem que a qualidade do serviço é antecedente da satisfação, opostamente à direcção definida por Parasuraman *et al.* (1985, 1988). Parasuraman *et al.* (1994) aceitam a crítica, com base nas investigações que a demonstram (e.g. Anderson & Sullivan, 1993; Bolton & Drew, 1991; Cronin & Taylor, 1992, 1994). e sugerem o desenvolvimento de novas investigações para uma fundamentação mais consistente.

Babakus and Mangold (1992); Carman (1990), entre outros autores, referem que o SERVQUAL não deveria ser genérico e aplicado a todo o tipo de serviços, mas sim, ser personalizado de acordo com o serviço em análise. Os autores do SERVQUAL respondem

que, em concordância com as respostas dos clientes (análise factorial), será possível reduzir ou aumentar dimensões da qualidade. Globalmente, insistem que existem 5 dimensões, mas sugerem novas investigações para se conseguir um maior consenso.

Relativamente à aplicabilidade do SERVQUAL, como referido anteriormente, existe a necessidade de dois momentos de recolha de dados, o que torna o instrumento mais moroso e dispendioso. Para além deste aspecto, a medição das expectativas constitui outra dificuldade (e alvo de crítica do instrumento), nomeadamente pela identificação do momento mais adequado para as medir, sem que sejam influenciadas. Ou seja, se forem medidas após ou durante a prestação do serviço são influenciadas pela própria prestação do serviço. Mas se forem medidas antes da prestação, onde existe uma tendência natural do cliente para as elevar, a percepção do desempenho do serviço poderá ser baixa, em virtude do serviço não ir ao encontro destas expectativas. Por outro lado, não existe consenso na definição de expectativa, pois pode ser o ideal, o esperado ou o desejado (Saias, 2007).

O SERVQUAL têm sido igualmente criticado por medir a qualidade por meio de uma diferença de valores, podendo surgir problemas de fiabilidade e validade (Peter, Churchill & Brown (1992) citados por Cronin & Taylor, 1994).

2.3 Modelo de Cronin e Taylor – *SERVPERF*

Cronin e Taylor (1992) por considerarem a conceptualização e a operacionalização do modelo SERVQUAL inadequada, desenvolveram uma proposta alternativa. No seu modelo, conceptualizam a qualidade (Q_i) baseada somente na percepção do desempenho do serviço (D_i): $Q_i = D_i$. Os autores justificam a sua posição, afirmando que a qualidade do serviço deve ser assumida como uma atitude – uma avaliação global do cliente sobre o serviço recebido e não como a diferença entre expectativas e desempenho. Neste sentido também apresentaram uma escala alternativa, que denominam de SERVPERF, cuja aplicação é efectuada num único momento - após o cliente usufruir do serviço.

A Escala SERVPERF é constituída por 22 itens, que avaliam a percepção dos clientes relativamente ao desempenho do serviço, por meio de uma escala de likert de 7 pontos, em que o 1 representa o descordo totalmente e o 7 concordo totalmente. Os autores desenvolvem esta escala com base nos itens e nas dimensões da qualidade do serviço

propostas por Parasuraman *et al.* (1988, 1991), utilizando apenas as questões que permitem a recolha de informação sobre a qualidade percebida.

Para Cronin e Taylor (1992) a qualidade percebida dos serviços, antecede a satisfação do cliente. Esta satisfação por sua vez, tem uma influência significativa nas intenções de compra do cliente, sendo o seu impacto maior na intenção de compra do que na qualidade do serviço.

No estudo desenvolvido pelos autores (validação da escala) o instrumento SERVPERF, em comparação com os resultados anterior do SERVQUAL, apresentou uma maior validade e fiabilidade. Segundo os autores a escala é mais sensível a descrever as variações da qualidade.

Tendo em consideração o referido, no presente estudo optamos pela utilização do instrumento SERVPERF, em virtude de apresentar uma maior validade e por ser um instrumento menos extenso e moroso para o tipo de utentes a quem será aplicado o questionário.

2.3. Factores que influenciam a percepção da qualidade do serviço

A qualidade como referimos anteriormente tem implicações directa na gestão das empresas de serviços. Embora esta não seja fácil de definir, é fundamental para o gestor identificar as componentes da qualidade, perceber o que afecta e como afecta o processo de percepção da qualidade. Desta forma poderá gerir a empresa de serviços, com base em pressupostos correctos e precisos quanto ao que o cliente considera ser qualidade do serviço, evitando desperdiçar recursos e esforços. O momento em que o prestador de serviço está em contacta com o cliente é o momento para recolher essa informação que tanto necessita.

O número de dimensões que o gestor deve explorar, tem sido debatido por diversos autores. Parasuraman *et al.* (1988) defende cinco dimensões da qualidade, já Grönroos (1984) por sua vez defende duas, Rust e Oliver (1994) defendem 3 e outros autores que investigaram o mesmo constructo defendem outras. O importante é o gestor interpretar o que o cliente sente e percebe na prestação do serviço e o que influencia a sua percepção da qualidade do serviço prestado.

Destacamos assim, três aspectos que Saias (2007) apresenta como influenciadores do processo de percepção da qualidade do serviço recebido.

Começemos pelas expectativas. As expectativas podem ser construídas com base nas experiências anteriores do próprio cliente ou até mesmo a partir da imagem da empresa prestadora do serviço, muitas vezes programada pela própria empresa na publicidade que realiza. Nesta perspectiva, quando a qualidade percebida iguala às expectativas criadas, a avaliação do cliente tenderá a ser mais favorável, do que no caso de as suas expectativas serem frustradas. Uma comunicação cuidada, equilibrada e verdadeira por parte da empresa prestadora do serviço, pode evitar expectativas demasiadamente altas e assim prevenir a insatisfação do cliente, queda dos índices de fidelização e repercussões negativas na imagem da empresa.

Por outro lado, o estado de maior ou menor controlo de uma situação, seja ela qual for, pode conduzir a estados de desconforto e ansiedade e até mesmo mal-estar. Em situações de consumo, este aspecto também pode ser observado nos clientes. Esta alteração no seu humor, deixam o cliente mais crítico e desperto para defeitos do serviço, o que afecta o seu processo de percepção e avaliação da qualidade. Prestar informação clara e verdadeira ao cliente poderá induzir uma maior benevolência na percepção da qualidade do serviço.

O terceiro aspecto prende-se com o momento da verdade. Normann (1984) foi quem introduziu este conceito e defini-o como o momento em que o prestador do serviço e o cliente se relacionam. Este momento constitui uma oportunidade para o prestador do serviço apresentar um serviço de qualidade e ainda fazer com que o serviço seja percebido com sendo de qualidade (não basta sê-lo, há que parecê-lo). Enquanto isso, o cliente elabora grande parte do seu processo de percepção da qualidade do serviço que está a receber ou recebeu.

Trata-se do momento de eleição para as empresas se darem a conhecer aos clientes. Tem de ser tanto quanto possível monitorizado e gerido, não podendo a qualidade do serviço ficar dependente do acaso ou ao critério do colaborador que o presta. Importa ao gestor fazer-se acompanhar de colaboradores preparados e dotados de competências técnicas e humanas, que conheçam exactamente o serviço e a forma de o prestar.

Tomemos como exemplo, o primeiro momento da verdade, entre o prestador e o cliente. Trata-se do momento, em que se produz, aquilo que comumente se denomina de primeira

impressão. Impressão esta, que muitas vezes perdura e influência (pela positiva ou pela negativa) o comportamento e percepção da qualidade do cliente em futuros contactos com o prestador do serviço.

Segundo Saias (2007), o contacto entre a empresa e o cliente pode ocorrer à distancia, por telefone ou fisicamente.

No primeiro caso, o contacto à distância, o cliente contacta indirectamente com a empresa, sem contar com o contacto humano. Fá-lo-á, por exemplo, por meio da compra de um bilhete de comboio nas máquinas da estação. O que influencia a sua percepção da qualidade neste caso, passa pelo desempenho da máquina que processa o bilhete.

Relativamente aos contactos telefónicos, os factores que influenciam a percepção de qualidade vão desde a amabilidade e tom de voz do colaborador da empresa (ou seu representante) até à disponibilidade e boa vontade em resolver de forma eficiente o problema do cliente.

Por fim o contacto físico, corresponde a um contacto presencial entre o colaborador da empresa prestadora de serviços e o cliente. Neste caso, os factores influenciadores da qualidade percebida do serviço são vários, desde o comportamento e estado de espírito do próprio cliente à componente verbal (que referimos anteriormente) e não-verbal do comportamento dos colaboradores. Trata-se da linguagem facial e corporal do colaborador como simpatia/antipatia, simplicidade/formalidade ou modéstia/arrogância. Mas não só, o aspecto físico do colaborador também pode impressionar pela positiva ou negativa a percepção da qualidade do serviço recebido.

Podemos afirmar, enquanto colaboradoras na prestação de serviços de saúde, que os momentos de verdade neste sector são maioritariamente contactos directos. Um exemplo será a higiene da farda e atavio de um enfermeiro quando efectua um tratamento ao utente. O aspecto físico do profissional de saúde e o seu uniforme de trabalho constituem aspectos tangíveis da qualidade do serviço que está a prestar. A falta de atavio e a falta de higiene da sua farda resultaram numa apreciação do serviço menos benévola, mesmo que o tratamento tenha sido desempenhado dentro das especificações da qualidade do serviço.

O momento da verdade, momento privilegiado do contacto entre a empresa de serviços e o cliente, assume assim, um carácter estratégico para o gestor. Permite gerir com rigor o

processo de percepção da qualidade do serviço recebido através: do contexto e da forma como o serviço é desempenhado (dimensão funcional da qualidade); da comunicação estabelecida na interacção com o cliente que contribui para a formação das suas expectativas; da gestão dessas mesmas expectativas e ainda da informação obtida sobre as opiniões, percepções e avaliações que o cliente faz do serviço que usufruiu, bem como informação pertinente sobre o serviço que gostava de receber (Saias, 2007).

Uma gestão negligente destes momentos preciosos de contacto com o cliente resulta numa empresa mais pobre no que respeita ao conhecimento que tem dos clientes e no desperdício de uma vantagem estratégica.

Por tudo o que foi referido é possível afirmar que os colaboradores protagonizam um papel de extrema importância na qualidade percebida do serviço, o que nos leva a concluir que a gestão dos recursos humanos desempenha um papel essencial no marketing dos serviços e gestão da qualidade.

2.4 Qualidade e o sector da saúde

Como podemos constatar na revisão bibliográfica, a qualidade de serviço é um constructo de definição difícil nos vários sectores, e o sector da saúde não é excepção.

O Conceito de qualidade nos cuidados de saúde remonta ao século XIX. No entanto, Avedis Donabedian (1960) foi quem propôs a definição mais consensual, onde descreve a qualidade como *“a competência de alcançar objectivos desejáveis usando meios legítimos”* em que o objectivo desejável compreende *“um estado de saúde alcançável”* (Lee, Delene, Bunda, & Kim, 2000). O conceito encontra-se assente nos resultados (modificação no estado de saúde), no processo (metodologia de tratamento) e na estrutura (meio e local onde se realiza o tratamento). Para além destas dimensões, outras tem sido adicionadas, onde se destaca a segurança (capacidade de evitar danos ao doente por erros de tratamento) (Fragata, 2009).

Em Portugal, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) é o órgão responsável pela melhoria contínua da qualidade na prestação dos serviços de saúde, definindo para isso os procedimentos, normas e estratégias necessárias.

Os serviços de reabilitação, de acordo com a categorização dos serviços proposto por Lovelock (1992), insere-se na categoria dos serviços profissionais dirigidos ao cliente individual, uma vez que se trata de um serviço com componente médica, em que o *input* chave reside nas capacidades humanas, embora as mesmas sejam praticadas em instalações, onde os utentes estão internados ou para onde se deslocam.

O programa de reabilitação desenvolvido para cada utente, corresponde a um dos serviços que o utente recebe durante o período de internamento, sendo fundamental avaliar a qualidade do mesmo.

2.4 Satisfação

A satisfação, à semelhança da qualidade do serviço, tem sido alvo de várias investigações nos últimos anos, em virtude da importância das suas consequências, nomeadamente a intenção de compra, fidelização/retenção do cliente e benéfica divulgação (passa a palavra /“boca-a-boca”) (e.g. Anderson & Sullivan, 1993; Brady *et al.*, 2002). Todavia, a sua definição ainda não reúne consenso.

Das diversas definições, destaca-se a proposta por Oliver (1980), fundamentada no paradigma da desconfirmação, onde entende a satisfação como uma avaliação positiva da discrepância entre as expectativas e a percepção do desempenho do produto ou serviço. Ou seja, o desempenho correspondeu ou superou as expectativas que o cliente tinha do produto ou serviço. Apesar de ser uma das definições mais citadas, encontra-se longe de reunir consenso, em virtude expectativas pré-existentes poderem influenciar a própria satisfação, muitas vezes por serem irrealistas (Oliver, 1999).

Em 1997, Oliver redefine satisfação como “realização agradável”, isto é, o cliente sente que o consumo do produto ou serviço preenche alguma necessidade, desejo, objectivo e por aí adiante, e que esta realização é agradável (Oliver, 1999, p. 34).

Hallowell (1996) citado por Cronin *et al.* (2000) acrescenta um aspecto importante – o valor, argumentando que a satisfação do cliente é resultado da percepção do valor recebido, onde esse valor reflecte a percepção de qualidade relativamente ao preço do serviço.

Apesar de não existir uma definição consensual, existem alguns aspectos amplamente aceites do constructo. Primeiramente, a “satisfação” distingue-se da “qualidade do serviço”. Esta distinção é fundamentada em dois aspectos principais:

- O cliente só pode sentir satisfação após experimentar um bem ou serviço, enquanto a qualidade do serviço pode ser percebida sem experimentação (Oliver, 1993 citado por Anderson *et al.*, 1994);
- A satisfação depende do valor (ou seja, a razão entre a qualidade percebida em relação ao preço ou os benefícios recebidos em relação aos custos incorridos), enquanto a percepção da qualidade de um bem ou serviço, de um modo geral, não depende desse valor/preço (e.g. Holbrook, 1994; Zeithmal, 1988 citados por Anderson *et al.*, 1994).

Em segundo lugar, existe um amplo suporte empírico que demonstra que a “qualidade do serviço” é antecedente da satisfação do cliente (e.g. Anderson & Sullivan, 1993; Bolton & Drew, 1991; Cronin *et al.*, 2000; Cronin & Taylor, 1992, 1994).

2.5 Medida de Independência Funcional

A prestação de cuidados de saúde é cada vez mais baseada na evidência, onde o resultado das intervenções torna-se a componente central para determinar a eficácia do programa de terapêutico. Para tal, o uso de escalas padronizadas e validadas (internacionalmente) tornou-se amplamente aceite e comum, tanto pelos investigadores como pelos profissionais de saúde (van der Putten, Hobart, Freeman, & Thompson, 1999).

Na prestação de cuidados em reabilitação, a avaliação da funcionalidade/incapacidade do cliente (tanto na admissão, como também no acompanhamento do progresso durante o internamento e no momento da alta) tornou-se o elemento central na determinação do programa terapêutico. É através da caracterização da funcionalidade/incapacidade do cliente que se consegue determinar o potencial de reabilitação, e por consequente, definir e/ou redefinir os objectivos de reabilitação pela equipa multidisciplinar (médico fisiatra, enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, etc.). O uso de escalas padronizadas, para além da importância na prestação de cuidados, também assume relevo na comparação de populações, bem como

na comparação da eficácia de diferentes tratamentos. Ou seja, são um elemento fundamental na orientação da prática, bem como, na investigação de novas terapias.

Tanto na literatura como na prática, dois instrumentos têm-se destacado na avaliação da funcionalidade/incapacidade do cliente: o índice de *Barthel* e a Medida de independência Funcional (MIF) (van der Putten *et al.*, 1999). No presente estudo iremos abordar a MIF, em virtude de ser a escala instituída na organização em estudo. Contudo, antes de passarmos para o instrumento, importa esclarecer os termos funcionalidade e incapacidade.

A funcionalidade, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), “engloba todas as funções do corpo, actividades e participação, indicando os aspectos positivos ou facilitadores, da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais” (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010, p. 173).

A incapacidade “sintetiza as deficiências ou alterações das funções e estruturas, as limitações das actividades e as restrições da participação, ou a magnitude barreira dos factores ambientais, revelando assim os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (Fontes *et al.*, 2010, p. 173).

A MIF, desenvolvida pelo esforço conjunto da Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e do Congresso Americano de Medicina de Reabilitação (1984), tem a finalidade de determinar a severidade da incapacidade. Isto é, avalia a carga global de cuidados (tempo/energia) necessária para satisfazer as necessidades (dependências) da pessoa incapacitada, na realização das suas actividades de vida diária (AVD), fundamentais para obter ou manter uma determinada qualidade de vida. Ou seja, determina até que ponto a pessoa necessita de ajuda de outra pessoa (cuidador informal ou profissional de saúde) para satisfazer as AVD (Granger *et al.*, 1990).

Em Portugal, a escala foi traduzida pelo Prof. Dr. Jorge Laíns (1990) e encontra-se actualmente em uso nos principais centros de reabilitação.

A MIF permite avaliar 18 tarefas, por meio de uma escala ordinal (1 a 7), referentes às seguintes sub-dimensões: - *autocuidado* (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização da sanita), - *controlo dos esfínteres*

(bexiga e intestinos), - *mobilidade/ transferências* (leito/cadeira/cadeira de rodas, sanita, banheira/duche), - *locomção* (marcha/cadeira de rodas, escadas), - *comunicação* (compreensão e expressão) e *cognição social* (interacção social, resolução dos problemas, memória).

Relativamente à escala, os dois níveis mais altos (7 e 6) indicam que a pessoa não necessita de ajuda:

- 7 – independência completa (realiza a tarefa em segurança e no tempo normal);
- 6 – independência modificada (realiza a tarefa em mais tempo que o normal ou necessita de ajuda técnica/material de apoio ou não a realiza em segurança).

Os três níveis seguintes, identificam uma dependência modificada (onde a pessoa realiza pelo menos 50% do esforço):

- 5 – supervisão (necessita só da presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico);
- 4 – ajuda mínima (realiza tanto ou mais que 75% da tarefa);
- 3 – ajuda moderada (realiza 50 a 74% da tarefa).

Por fim, os dois últimos níveis identificam uma dependência completa (a pessoa realiza menos de 50% da tarefa):

- 2 – ajuda máxima (realiza 25 a 49% da tarefa);
- 1 – ajuda total (realiza menos de 25% da tarefa).

No que concerne ao score de MIF total (mínimo= 18 e máximo= 126), quanto maior for o score maior será o nível de independência da pessoa, e consequentemente apresenta uma menor necessidade de cuidados. Todavia, quanto menor o score maior será a necessidade de cuidados por terceiros (Granger *et al.*, 1990).

Em suma, em termos clínicos a MIF permite determinar a severidade da incapacidade, avaliar e acompanhar os ganhos funcionais do utente e os resultados obtidos, reajustar o programa de reabilitação e ainda a comparação de dados para melhoria das pesquisas clínicas. Em termos de gestão dos serviços de saúde permite uma base de predição de resultados e critérios de admissão/alta, determinar relações custo/benefício em matéria de reabilitação e ainda uma avaliação permanente das actividades de reabilitação (Granger *et al.*, 1990).

2.6 Desenho do estudo

O sector dos serviços pelo seu crescimento significativo, transformou-se no pilar da economia dos países ocidentais, tal como em Portugal. Um dos aspectos diferenciadores dos serviços (relativamente à concorrência) reside na qualidade, sendo imperativo as organizações apostarem na sua melhoria contínua, pela necessidade de se manterem competitivas e consequentemente manterem-se no mercado.

Dada a importância da qualidade, várias investigações tem sido realizadas, com a preocupação de a conceptualizar e de a medir. Todavia, não tem sido uma tarefa fácil, devido às características específicas dos serviços (intangibilidade, heterogeneidade, simultaneidade de produção e consumo, e perecibilidade).

Apesar da conceptualização da qualidade do serviço (e consequentemente o instrumento de medida) não apresentar um amplo consenso, vários investigadores consideram o constructo multidimensional. Grönroos (1982, 1984) caracteriza o constructo bidimensionalmente, pela dimensão técnica (reflecte o resultado do serviço) e pela dimensão funcional (representa o modo como o serviço é prestado). Rust e Oliver (1994) interpretam a qualidade do serviço com base em três dimensões: a interação cliente-prestador do serviço, o ambiente do serviço e o resultado. Por sua vez, Cronin and Taylor (1992); Parasuraman *et al.* (1988) definem a qualidade do serviço em cinco dimensões: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Da revisão da literatura, a maioria das investigações são baseadas em Parasuraman *et al.* (1988, 1991) e em alternativa em Cronin and Taylor (1992), usando-se consequentemente mais o SERVQUAL e em seguida o SERVPERF.

Relativamente às consequências da qualidade, a investigação têm fundamentado que se encontram positivamente associada à satisfação (e.g. Brady & Cronin, 2001), à intenção de compra e recomendação do serviço (e.g. V. A. Zeithaml *et al.*, 1996) e ao retorno económico (e.g. V. A. Zeithaml, 2000).

A satisfação, à semelhança da qualidade do serviço, também não reúne um consenso em termos de conceptualização, apesar das várias investigações realizadas para esse fim. Das diversas definições propostas, destaca-se a de Oliver (1980), que entende a satisfação como uma avaliação positiva da discrepância entre as expectativas e a percepção do

desempenho do serviço. Em 1997, Oliver redefine satisfação como “realização agradável”, isto é, o cliente sente que o consumo do serviço preenche alguma necessidade, desejo, objectivo e por aí adiante, e que esta realização é agradável (Oliver, 1999, p. 34). Hallowell (1996) citado por Cronin *et al.* (2000) acrescenta um aspecto importante – o valor, argumentando que a satisfação do cliente é resultado da percepção do valor recebido, onde esse valor reflecte a percepção de qualidade relativamente ao preço do serviço.

Embora não haja uma conceptualização unânime para a qualidade do serviço e para a satisfação, alguns aspectos são amplamente aceites, nomeadamente a “qualidade do serviço” e “satisfação” são constructos distintos e a qualidade do serviço antecede a satisfação do cliente (Cronin *et al.*, 2000).

Tendo em conta o mencionado, propomos como hipóteses (H):

H1 – A qualidade do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente;

H1a – A tangibilidade do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente;

H1b – A fiabilidade do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente;

H1c – A capacidade de resposta do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente;

H1d – A segurança do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente;

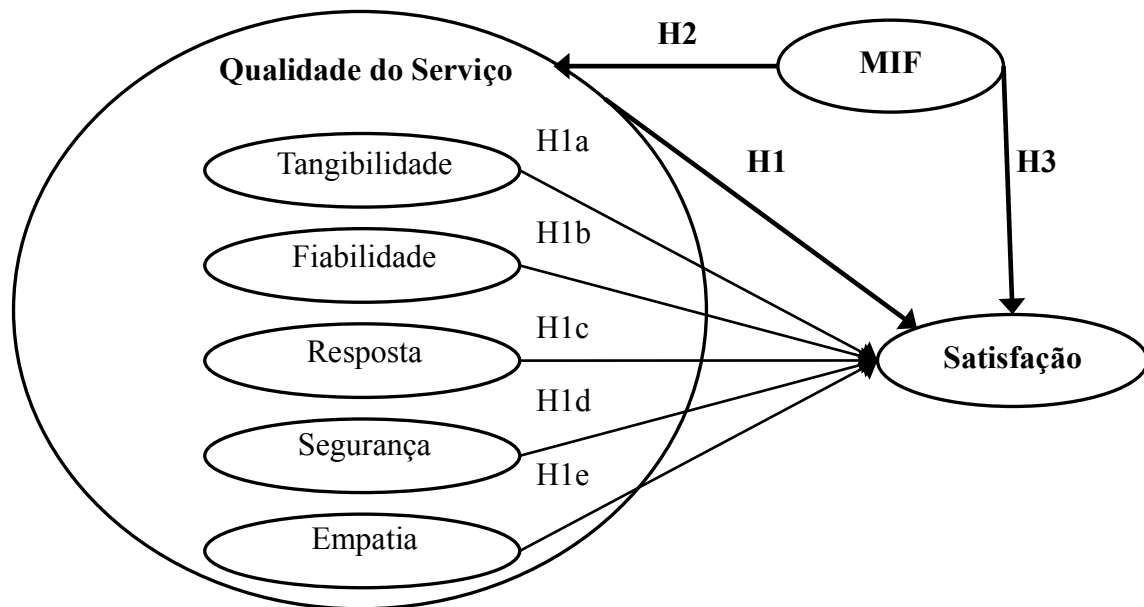
H1e – A empatia do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação do utente.

Tendo em conta, que a qualidade do serviço também pode ser descrita com base nos resultados do serviço prestado (e.g. Grönroos, 1982, 1984; Rust e Oliver, 1994) e sabendo que a MIF constitui um indicador dos benefícios ou resultados do tratamento, propomos ainda as seguintes hipóteses:

H2 – A independência funcional (MIF) do utente afecta a percepção da qualidade do serviço;

H3 – A independência funcional (MIF) do utente afecta a satisfação do utente.

Figura 2 - Modelo de investigação proposto



(Fonte: construção própria)

3. Metodologia

“Tudo demora mais tempo do que se pensa”

(Leis de Murphy)

3.1 Procedimentos

No que concerne aos procedimentos, na revisão da literatura optamos pela utilização da plataforma “*Web of knowledge*” fornecido pela *Thomson Reuters*, em virtude de integrar na pesquisa múltiplas base de dados (e.g. *Web of Science*, *Current Contents Connect* e *Journal Citation Reports*), bem como o “*cited reference*” que permite ao investigador determinar quais as principais referências em determinado tema e o “*EndNote*” que facilita a uniformização e a organização das citações. Em termos de palavras/expressões, optamos por: *customer satisfaction*, *functional independence measure*, *health care service quality*, *hospitals*, *perceived service quality*, *service marketing*, *service quality*, *SERVQUAL* e *SERVPERF*. Relativamente ao intervalo temporal, inicialmente optamos pelo última década. No entanto, foi alargado para a década de 90 e 80 do século passado, com a finalidade de incluir as investigações dos autores de referência (dando-se preferência às citações primárias).

No desenvolvimento do instrumento de recolha de dados, primeiramente seleccionou-se as escalas mais adequadas ao estudo e procedeu-se à sua tradução, bem como retroversão para a validação do instrumento. Após a construção do questionário realizou-se o pedido de autorização ao conselho de administração da organização em estudo (instituição privada com protocolo com Serviço Nacional de Saúde [SNS]) para se proceder à sua aplicação. Após deferimento deste, procedeu-se ao pré-teste do questionário a dez utentes, com a finalidade de identificar os itens de menor compreensão e possíveis falhas e avaliar se o tempo de preenchimento seria aceitável.

No momento da recolha de dados optamos por aplicar o questionário por via telefónica (“entrevista”), com a finalidade obtermos uma maior taxa de resposta e reduzimos o tempo de recolha de dados. No momento da aplicação do questionário, tivemos a prévia preocupação de esclarecer o participante do objecto do estudo, de que a sua participação

era voluntária (e que não afectaria a sua relação com a organização), e que o anonimato e a confidencialidade dos dados seria garantida. Nesse mesmo momento, após o esclarecimento e antes do participantes responder aos questionário, solicitávamos o seu consentimento informado (anexo II). A colheita de dados decorreu durante o mês de Junho de 2013.

Relativamente à amostra, o presente estudo (desenvolvido numa unidade de reabilitação, de uma organização de saúde da grande Lisboa) foi dirigido a todos os utentes adultos que tiveram alta clínica após programa de reabilitação no 1º semestre de 2013 e que não apresentassem alterações de comunicação ou cognitivas (ou seja, que possuísem um nível de independência – MIF ≥ 6 nestas sub-dimensões).

A análise de dados foi efectuada com apoio do software *IBM® SPSS® Statistics* (v. 20).

3.2 Medidas

3.2.1 Qualidade do serviço (SERVPERF)

Na qualidade do serviço optamos pela adaptação dos 22 itens sugeridos por Cronin and Taylor (1992), onde se avalia 5 sub-dimensões: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia, numa escala de likert de 7 pontos, em que o 1 representa “fortemente em desacordo” e o 7 “fortemente em acordo” (e.g. item da tangibilidade – “A organização XYZ tem equipamentos modernos”). No estudo desenvolvido pelos autores, com a participação de 730 clientes de 4 empresas de sectores distintos (bancário- 188; controlo de pragas- 175; serviços de limpeza a seco- 178; e refeições rápidas- 189), o instrumento registou os seguintes *alphas Cronbach*: banca – .92; controlo de pragas – .96; serviços de limpeza – .93; e *fast food* – .88.

3.2.2 Satisfação

Relativamente à satisfação optamos pela adaptação de 2 itens também sugerido por Cronin and Taylor (1992), numa escala de likert de 7 pontos, em que o 1 representa “muito insatisfeito” e o 7 “bastante satisfeito” (e.g. “A descrição que melhor expressa os meus

sentimentos em relação aos serviços que recebi da organização XYZ é ...). No estudo desenvolvido pelos autores, o instrumento registou um *alpha Cronbach* de .87.

3.2.3 Medida de Independência Funcional

No que concerne ao nível de independência funcional optamos pela MIF proposta pela Academia Americana de Medicina Física e de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação (1984). A escala é constituída por 18 itens, que avaliam o domínio motor (auto-cuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade e locomoção) e o domínio cognitivo do utente (comunicação e cognição social), por meio de uma escala ordinal de 7 pontos, em concordância com a seguinte descrição: 1 – ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$), 2 – ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$), 3 – ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$), 4 – ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$), 5 – supervisão, 6 – independência modificada (ajuda técnica [e.g. uso de canadiana]) e 7 – independência completa (em segurança e tempo normal).

Relativamente à confiabilidade da escala, Ottenbacher, Hsu, Granger, and Fiedler (1996) na sua revisão (onde analisaram 11 estudos publicados entre 1993 a 1995) verificaram que o *alpha Cronbach* da MIF (total) variou entre .83 a .99 (Mediana= .95), o domínio (valor mediano): motor - .97; e o cognitivo - .93.

4. Resultados e discussão

*“Tudo deve ser feito da forma mais simples possível,
mas não mais simples que isso”.*

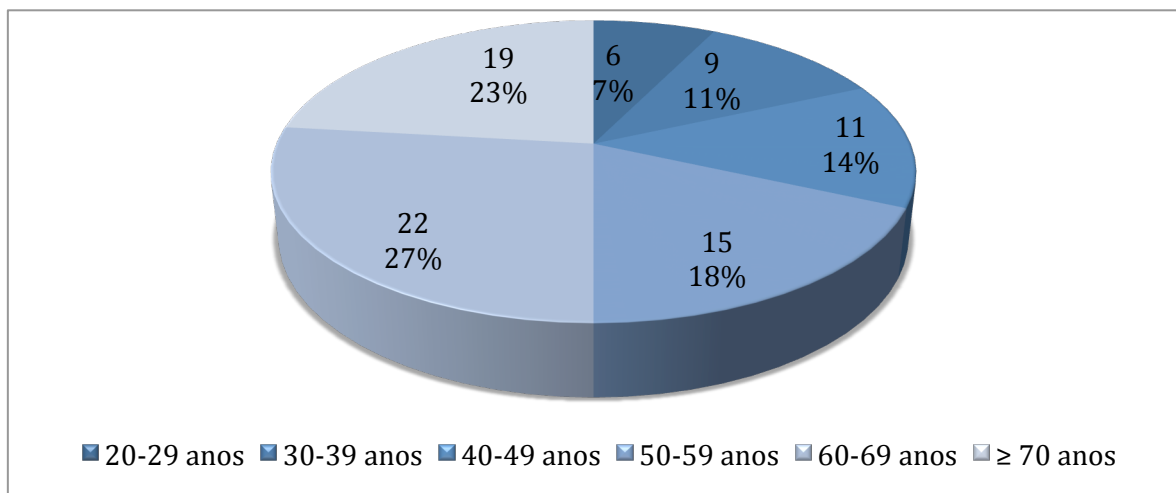
(Alberto Einstein)

No presente estudo, numa população de cerca de 147 participantes possíveis (ou seja, que tiveram alta durante o 1º semestre e que não apresentavam alterações de comunicação, nem cognitivas [MIF ≥ 6 nestas sub-dimensões]), obteve-se uma taxa de resposta de 55,8% (82 participantes), tendo sido validado o mesmo número de questionários.

No que diz respeito à caracterização dos participantes, 50% são do sexo feminino.

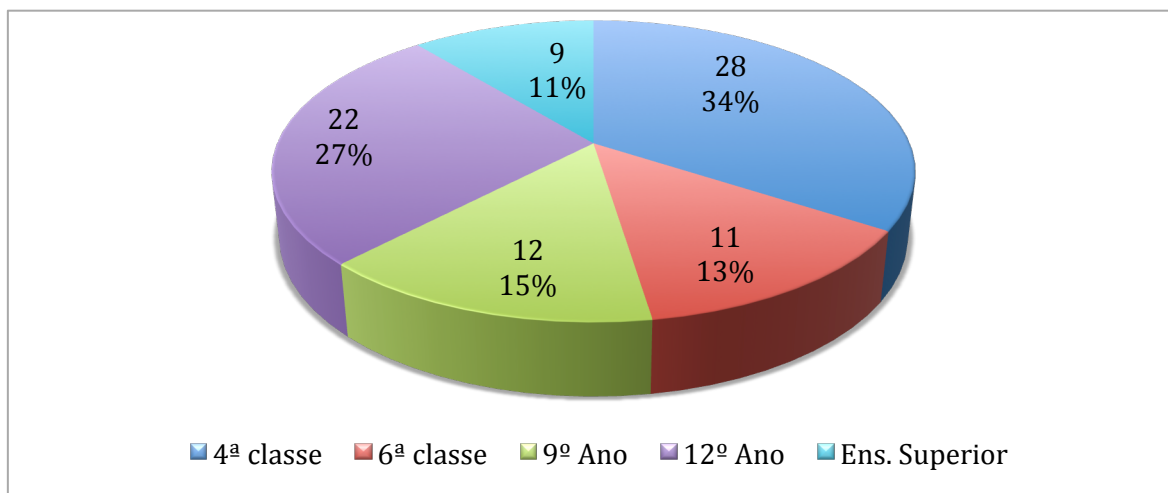
A média de idade é de 57 anos, apesar da maioria dos utentes terem a idade igual ou superior a 60 anos (ver restantes distribuições no seguinte gráfico):

Gráfico 1 – Caracterização da amostra segundo a idade, por intervalos (n=82)



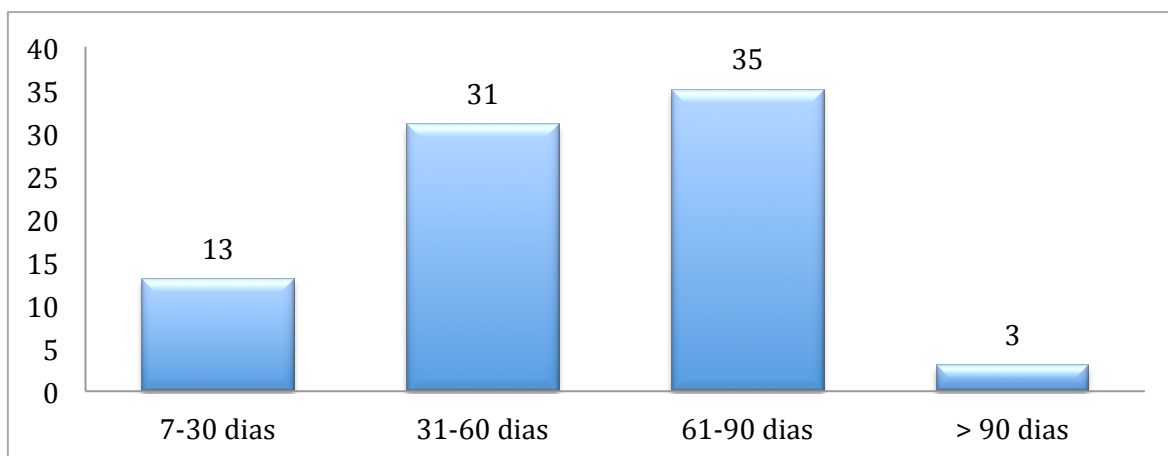
Em termos de habilitações literárias, os participantes apresentam maioritariamente o ensino primário (34,1%), seguindo-se o ensino secundário (26,8%) e o preparatório (14,6%).

Gráfico 2 – Caracterização da amostra segundo a habilitações literárias (n=82)



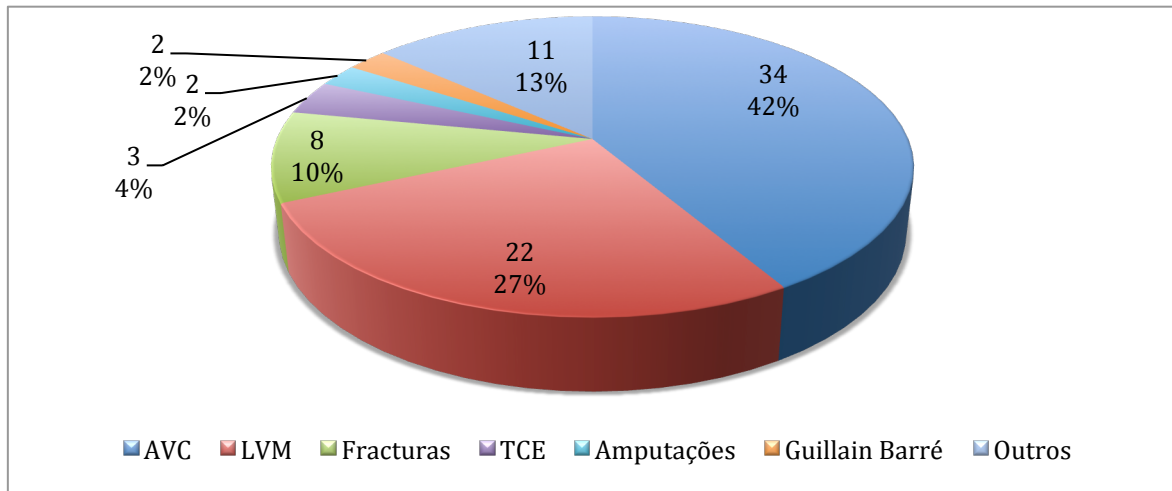
No que diz respeito ao tempo de internamento (média= 55 dias), a maioria dos participantes ficou internado entre 2 a 3 meses.

Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo o tempo de internamento (n=82)



No que concerne ao diagnóstico de internamento, a maioria dos participantes foi internado por sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), seguindo-se as sequelas de lesão vertebro-medular (LVM) e por fim as sequelas de fracturas (reabilitação de ortopedia).

Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de internamento (n=82)



Relativamente à confiabilidades das medidas, optamos primeiramente por verificar a adequabilidade da matriz de *input* e de seguida efectuar a análise factorial exploratória (AFE), com a finalidade de determinar a existência de itens irrelevantes ou ambíguos. Posteriormente procedemos à determinação do *alpha Cronbach*.

Verificamos a adequabilidade da matriz de *input* através do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e pelo teste de *Bartlett*.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,865
Chi-quadrado aprox.		899,339
Teste de esfericidade de Bartlett	df	231
	Sig.	,000

Tabela 1 – Output SPSS: Teste de KMO e índice de Bartlett

O resultado do KMO demonstrou uma matriz de *input* de boa adequabilidade, segundo as referências de Reis (2001)¹. Por sua vez, o teste de *Bartlett* ($X^2_{(231)} = 889,339, p=0.000$)

¹ KMO: <.5= inaceitável; [.5 , .6]= má; [.6 , .7]= razoável; [.7 , .8]= média; [.8 , .9]= boa; >.9= muito boa.

confirmou que a matriz de correlações não é uma matriz identidade, reunindo-se o requisitos necessários para a AFE.

Na qualidade do serviço, a AFE dos 22 itens demonstrou 4 itens irrelevantes ou ambíguos (item 3, 9, 13 e 19), pelo que optamos por os retirar da investigação. A análise factorial confirmatória, após a remoção dos itens (ver anexo III) revelou um bom ajustamento ($\chi^2/DF=1.36$; CFI=0.94; TLI=0.92; RMSEA=0.07). O *alpha Cronbach* revelou uma excelente consistência (.91), tendo em consideração as referências de confiabilidade propostos por Nunnally and Bernerth (1994)². As sub-dimensões obtiveram os seguintes alfas: tangibilidade - .76; fiabilidade- .87; capacidade de resposta- .76; segurança- .86; e empatia- .83.

Na satisfação, onde não foram encontrados itens irrelevantes ou ambíguos na AFE, obteve-se um *alpha Cronbach* de .78, ou seja, uma aceitável consistência.

Na MIF, onde também não foram encontrados itens irrelevantes ou ambíguos, o *alpha Cronbach* obteve uma excelente consistência (.94). Por sua vez, o domínio motor registou um alfa de .95 e o cognitivo de .85.

Em suma, as escalas do presente estudo apresentam uma adequada fiabilidade.

² *alpha Cronbach*: <.5= inaceitável; [.5 , .6]= pobre; [.6 , .7]= questionável; [.7 , .8]= aceitável; [.8 , .9]= bom; >.9= excelente.

Antes de passarmos ao teste das nossas hipóteses, importa apresentar as médias (Méd.), os desvios-padrão (D.P.) e as correlações das variáveis em estudo (descritas no seguinte quadro):

Quadro 1 - Estatística descritiva e intercorrelacional das variáveis em estudo

Variáveis	α	Méd.	D.P.	1	2	3	4	5	6	7
1- Tangibilidade	,76	6,05	,70							
2- Fiabilidade	,87	6,17	,79	,44**						
3- Resposta	,76	6,35	,60	,26*	,61**					
4- Segurança	,86	6,48	,60	,21	,50**	,65**				
5- Empatia	,83	6,20	,67	,39**	,60**	,58**	,56**			
6- Qualidade do serviço	,91	6,26	,52	,58**	,85**	,79**	,76**	,83**		
7- Satisfação	,78	6,47	,58	,34**	,39**	,47**	,43**	,58**	,57**	
8- Independência funcional	,94	98,23	19,22	,22*	,08	,09	,14	,37**	,24*	,15

*Correlação significativa para $p < 0,05$.

**Correlação significativa para $p < 0,01$.

Das correlações bivariadas, podemos verificar que a qualidade do serviço encontra-se positivamente associada à satisfação, de modo moderado e significativo ($r = ,57$; $p = < 0,01$), tendo em consideração as referências de correlação propostos por Franzblau (1958)³, suportando a nossa hipótese H1.

Também podemos verificar que todas as componentes da qualidade do serviço encontram-se positivamente associadas à satisfação, de modo significativo: tangibilidade ($r = ,34$; $p = < 0,01$), fiabilidade ($r = ,39$; $p = < 0,01$), capacidade de resposta ($r = ,47$; $p = < 0,01$), segurança ($r = ,43$; $p = < 0,01$) e empatia ($r = ,58$; $p = < 0,01$), suportando as nossas hipóteses H1a, H1b, H1c, H1d e H1e. Relativamente à intensidade das correlações, a empatia, a capacidade de resposta e a segurança apresentam moderadas associações, enquanto a fiabilidade e a tangibilidade apresentam fracas associações (contudo, com valores próximos das moderadas).

³ Intensidade da correlação (r): $< .2$ = negligente; $[\ .2 , .4]$ = fraca; $[\ .4 , .6]$ = moderada; $[\ .6 , .8]$ = forte; $> .8$ = muito forte.

Estes resultados demonstram que a qualidade do serviço é um importante constructo para se atingir a satisfação do cliente. Assim, o presente estudo confirma os resultados descritos por Anderson and Sullivan (1993); Bolton and Drew (1991); Cronin *et al.* (2000); Cronin and Taylor (1992, 1994).

Tendo em consideração o referido, os gestores de organizações de saúde deveram ter a preocupação de prestar um serviço de qualidade, que consequentemente promovam percepções de qualidade e satisfação do cliente. Em concordância com Brady *et al.* (2002); V. A. Zeithaml *et al.* (1996), este investimento por parte dos gestores acarretará benefícios para as suas organizações, nomeadamente fidelização do cliente e divulgação positiva do seu serviço (“boca-a-boca”), que a longo prazo se traduzirá numa imagem de honorabilidade.

No sector da saúde, a confiança é um dos factores que influencia a escolha do prestador de serviço. Como o cliente não é detentor de todo o conhecimento sobre o serviço, pelas suas especificações e variabilidade de *input* e *output* (Pita Barros, 2005), a sua base de decisão será determinada por experiencias anteriores ou pela partilha de informação por pessoas de referência, que transmitam que o serviço é de confiança (Saías, 2007).

Tendo em consideração os factores que influenciam o serviço de qualidade, os gestores do sector da saúde por forma a aumentar a confiança dos seus clientes, deveram gerir equilibradamente o processo comunicacional do serviço que prestam, de modo a evitar expectativas demasiadamente elevadas.

Por outro lado, deveram estar despidos para a satisfação dos colaboradores, um factor que influencia a percepção da qualidade e consequentemente a satisfação do utente.

Por último e tendo em consideração que os serviços de saúde se inserem na categoria dos serviços profissionais (Lovelock, 1992), em que o elemento chave da prestação do serviço reside nas capacidades humanas, os gestores deveram promover o desenvolvimento destas, sensibilizar os profissionais de saúde para a sua influência na percepção da qualidade do serviço (e consequentemente na imagem da organização), responsabilizá-los pelo seu desempenho e compensá-los pelo mesmo.

Relativamente ao teste da nossa hipótese H2, os resultados demonstram que a independência funcional encontra-se positivamente associada à qualidade do serviço, de modo significativo ($r = ,24$; $p = <0,05$), apesar desta correlação ser fraca. Desde modo, existe suporte para nossa hipótese H2.

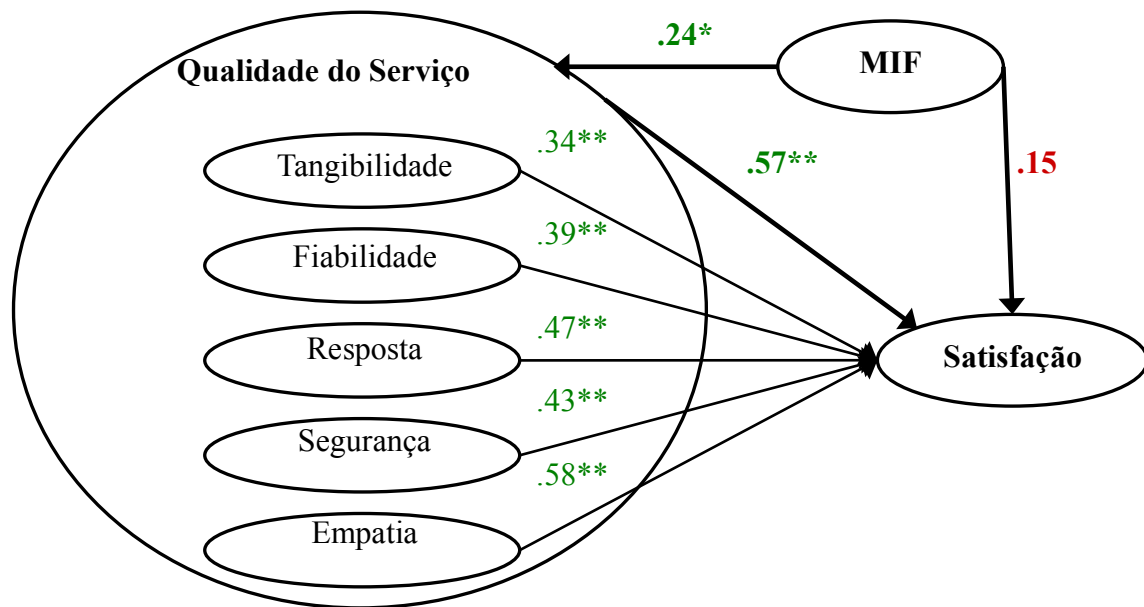
Ponderando os resultados de Brady e Cronin (2001) em que o resultado da prestação do serviço influencia a percepção da qualidade, a confirmação da hipótese H2 encontra-se em concordância. Contudo, seria expectável que esta correlação fosse mais forte. Deste modo, apesar de existir uma associação entre o resultado (nível de independência) e a qualidade do serviço no presente estudo, parece não existir uma grande variação da qualidade (influência).

No entanto, a relação entre a independência funcional e satisfação, não demonstrou significância estatística ($r = 0,15$; $p = 0,18$), não suportam a nossa hipótese H3.

Este resultado sugere que os participantes do estudo não apresentam uma maior satisfação (relação directa), se existir uma maior independência funcional, contrariamente ao que expectávamos. Deste modo, sugerimos uma maior investigação no sentido de esclarecer este resultado.

Os resultados obtidos do estudo vão de encontro ao nosso desenho de investigação, excepto não suportarem o hipótese 3, em que pensávamos que o nível de independência funcional teria influencia na satisfação do cliente, um pouco com base na experiencia que temos com este tipo de utentes. Da nossa experiencia, a grande maioria dos utentes apresentam expectativas iniciais muito elevadas relativamente ao seu potencial de reabilitação, o que seria sugestivo de frustração do utente e consequentemente de insatisfação. No entanto, esta amostra não traduziu esta linha de pensamento. Os resultados sugerem que independentemente do nível de independência funcional atingido, os utentes revelam satisfação.

Figura 3 – Resumo dos resultados do modelo de investigação proposto



*Correlação significativa para $p < 0,05$; **Correlação significativa para $p < 0,01$.

No teste da validade da escala (análise factorial confirmatória), recorremos ao software *IBM SPSS AMOS® Graphics* (v.20) pelo método da máxima verosimilhança e considerando os seguintes índices e respectivas referencias: - qui-quadrado dividido pelos graus de liberdade (χ^2/df) < 2 (Byrne, 1989 citado por Arbuckle, 2011; Wheaton, 1987 citado por Marôco, 2010); - *Comparative Fit Index* (**CFI**) > 0,9 (Tanaka e Huba, 1985 citados por Arbuckle, 2011; Bentler, 1990 citado por Marôco, 2010); - *Tucker-Lewis index* (**TLI**) > 0,9 (Bentler e Bonnet, 1980 citados por Arbuckle, 2011) e - *Root Mean Square Error of Approximation* (**RMSEA**) < 0,08 (Steiger, *et al.*, 1985 citados por Marôco, 2010; Browne e Cudeck, 1993 citados por Arbuckle, 2011). As estimativas dos coeficientes do modelo de medida serão apresentadas de modo standardizado (ver anexo III).

O modelo de medida demonstrou um bom ajustamento ($\chi^2/DF=1.36$; $CFI=0.94$; $TLI=0.92$; $RMSEA=0.07$), após eliminação os itens 3, 9, 13 e 19 da escala original do SERVPERF (ver anexo I).

Deste modo, o instrumento SERVPERF demonstrou propriedades psicométricas adequadas, parecendo apropriada a sua aplicabilidade nos serviços de reabilitação para a avaliação genérica da qualidade do serviço.

5. Conclusão

*“A **qualidade** é como a beleza:
difícil de definir, mas que reconhecemos quando a vemos
(adaptação de Bennis, 1989⁴)*

Com o presente estudo pretendíamos validar um instrumento de avaliação da qualidade do serviço (na perspectiva do cliente), que possibilita-se aos gestores das organizações de saúde o diagnóstico dos aspectos do seu serviço a melhorar. O teste de validação do SERVPERF demonstrou propriedades psicométricas adequadas, sugerindo a sua aplicabilidade na avaliação genérica da qualidade do serviço nas organizações de saúde, nomeadamente nos serviços de reabilitação.

Pretendíamos igualmente verificar se o resultado da prestação dos cuidados (nível de independência funcional do utente) influencia do mesmo modo a percepção de qualidade, bem como verificar a influência na satisfação do cliente. Os resultados demonstraram uma associação positiva entre o nível de independência funcional e a qualidade do serviço. No entanto, a relação entre a independência funcional e satisfação, não demonstrou significância estatística.

O presente estudo revela-se importante para os gestores de unidades de saúde de reabilitação, na medida em que lhes sugere um instrumento para avaliar a qualidade do serviço percebida pelo utente. Da análise da informação (recolhida por este instrumento) o gestor ficará mais próximo de perceber de que forma o utente percebe a qualidade, bem como os aspectos que deve melhorar (itens com menor percepção de qualidade) e assim delinear uma estratégia que vá ao encontro das necessidades do cliente e não das que ele pensa que o cliente precisa.

⁴ Citação original: “A liderança é como a beleza: difícil de definir, mas que reconhecemos quando a vemos”

Desejamos que esta dissertação tenha alertado de um modo geral os gestores do sector da saúde, especificamente na área da reabilitação, para a necessidade fundamental de medir a qualidade do serviço prestado, apesar de ser uma tarefa árdua pela sua subjectividade.

5.1 Implicações para a gestão das unidades de saúde

A falta de consenso da conceptualização da qualidade do serviço tem dificultado a estratégia de marketing dos gestores, em virtude de não conhecerem as reais necessidades dos seus clientes. Deste modo, torna-se imperativo colher informação neste sentido, afim de gerir a organização com pressupostos correctos e precisos relativamente ao que o cliente considera ser a qualidade do serviço prestado. Só assim, poderá ajustar a sua estratégia de marketing, evitando ou reduzindo desperdício de recursos, ou aplicação de estratégias sem retorno.

Apesar dos resultados desta investigação não poderem ser generalizados (devido o tamanho da amostra), a aplicabilidade do SERVPERF nas organizações de saúde de reabilitação parece ser adequada para a avaliação genérica da qualidade do serviço.

A percepção da qualidade do serviço, para esta amostra, nesta instituição de reabilitação é bastante positiva (média= 6,26, numa escala de likert de 7 pontos) e a satisfação do serviço recebido é igualmente elevada (média= 6,47, numa escala de likert de 7 pontos). Perante este cenário, qualquer gestor, aparentemente ficaria agradado, pois são resultados que traduzem uma imagem positiva da organização, com base numa avaliação positiva dos serviços prestados.

Mas, será este cenário motivo de tranquilidade para os gestores desta organização? Na nossa opinião, a tranquilidade poderá estar ameaçada. Há que questionar o porque destes altos níveis:

- Será que o serviço tem mesmo qualidade e consequentemente a satisfação é elevada?

Se for este o cenário, o gestor poderá manter a estratégia até que algo se altere significativamente, como por exemplo, as necessidades dos utentes ou percepção da qualidade. E assim, importa continuar a recolher e analisar informação sobre as

expectativas e necessidades dos utentes, por exemplo por meio de questionário da qualidade e satisfação no final do programa de reabilitação.

- Será que a falta de oferta na área de residência do utente, o faz qualificar positivamente a qualidade do serviço recebido, por falta de comparação com outra organização?

Neste caso, a percepção da qualidade de serviço poderá estar a ser influenciada pela falta de oferta, pela falta de instituições que prestem serviços de reabilitação, na área de residência do utente. E assim, na falta de alternativa, por necessidade, o utente atribui um nível muito positivo à percepção da qualidade do serviço recebido nesta instituição. Daqui ressalta a próxima dúvida:

- Será que a necessidade do serviço de reabilitação por parte do utente, aliada à falta de opção e à incerteza de ser chamado para novo internamento, o influenciam, a referir uma percepção da qualidade bastante positiva?

Na nossa opinião, esta situação, deve ser ponderada pelos gestores, como factor condicionador da percepção da qualidade do serviço prestado. Da nossa experiencia, enquanto profissionais de saúde, uma média de 55 dias de internamento, é insuficiente para o utente desenvolver todo o seu potencial funcional e adquirir/readquirir o máximo de competências possível, para satisfazer as suas AVD. Necessita para isso de novo internamento. A incerteza de ser proposto novamente para programa de reabilitação, tendo necessidade do mesmo, poderá conduzir o utente a verbalizar um percepção positiva da qualidade do serviço prestado, mesmo que não corresponda ao seu verdadeiro sentimento.

Os utentes podem ser encaminhados para a instituição por varias entidades, ou por sua iniciativa, podem ter diferente poder económico, diferentes idades e habilitações literárias, mas todos tem algo em comum, – o desejo de aumentar, ou pelo menos não diminuir, o seu nível de independência funcional. Assim perante a necessidade de recuperação de um bem intangível como a saúde/independência funcional e a incerteza de o conseguir (por falta de recursos financeiros, por falta de oferta de serviços de reabilitação no seu local de morada, ou desconhecimento de outras instituições com serviços de reabilitação entre outros), o utente, como estratégia para tentar garantir novo internamento, poderá atribui um parecer positivo quanto à qualidade do serviço recebido.

Importa assim, para o gestor, perceber se o utente recorre aos serviços da sua instituição, por falta dos mesmos serviços no seu local de morada ou pela qualidade efectiva que o utente percepção do serviço recebido. O gestor poderá obter a informação, realizando um estudo de mercado sobre a localização da concorrência no país. Poderá realizar um questionário, que inclua itens sobre a existência ou não de outras instituições de reabilitação no local de morada dos utentes (mais económico). Poderá incluir itens de fidelização, isto é, itens que revelassem se o utente regressaria a esta instituição, caso existisse outra próxima da sua casa, ou mesmo afastada.

Mas ainda assim, o utente poderia dar um *feedback* positivo do serviço, não pela qualidade do serviço em si, mas pela necessidade do serviço prestado.

Como contornar esta situação?

A técnica do cliente mistério consiste em contratar e formar pessoas para se passarem por clientes e testar os serviços registando todas as ocorrências. Desta técnica podem-se identificar os factores típicos susceptíveis de influenciar a qualidade do serviço percebida tais como o comportamento do colaborador face a uma situação que correu mal, a sua capacidade de adaptação, espontaneidade, boa vontade, paciência e ainda a resposta e forma como responde aos pedidos específicos do cliente. Tudo isto relativamente ao desempenho dos colaboradores. Mas como saber o que realmente pensam os utentes do serviço? Com quem partilham os utentes os seus verdadeiros sentimentos sobre o serviço prestado?

Neste sentido, à semelhança do cliente mistério, sugerimos o “observador mistério”, que poderá ser um voluntário da instituição. Esta “personagem”, que não sendo identificada pelo utente, como funcionário da instituição, não influencia o processo de reinternamento, e como tal não condiciona a sua apreciação da qualidade do serviço. Assim, o “observador mistério” poderá acompanhar o utente internado no seu dia-a-dia e auscultar os seus receios, expectativas e sentimentos em relação ao serviço e ainda registar as ocorrências *in loco* das situações que são importantes para o cliente e não chegam às chefias intermédias, gabinetes de apoio ao cliente ou livro amarelo.

Deste modo, o gestor estaria mais perto dos utentes e familiares, sentindo as suas angústias, queixas, alegrias e evolução. Tudo isto por meio do reporte efectuado pelo

“observador mistério”, que regista o verdadeiro sentimento que o utente tem relativamente ao serviço recebido.

Contudo para responder a estas questões sugerimos mais investigação nesta temática.

Importa referir que estes pontos de análise surgiram do decorrer dos questionários telefónicos, em que por vezes, os utentes tinham necessidade de justificar as suas escolhas e surgiam expressões como “desconheço outra instituição” ou “onde eu moro não há nada” levantando assim a suspeita de factores influenciadores da qualidade percebida, mesmo após ter sido garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

5.2 Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras

Como em qualquer estudo, este padece de algumas limitações.

A primeira limitação prende-se com o tamanho da amostra ($n=82$), não sendo possível a generalização dos dados. Deste modo, sugerimos primeiramente a replicação do estudo numa amostra maior (e.g. alargar o período de colheita de dados), com a finalidade de fortalecer a consistência das observações e suportar a generalização da aplicabilidade da escala SERVPERF em organizações de saúde de reabilitação, bem como clarificar a relação entre a MIF e a qualidade do serviço.

Como segunda limitação, apontamos a percepção do serviço que foi solicitada ao participante, ou seja a percepção relativamente à organização em geral, sem se especificar um departamento (e.g. consulta, internamento, ginásio de fisioterapia, terapia ocupacional). Esta situação promoveu respostas (ítems) ambíguas ou irrelevantes no questionário, sendo necessária a sua eliminação do teste de validação do SERVPERF. Assim, sugerimos a aplicabilidade do estudo nos departamentos específicos.

Sugerimos a extensão da aplicação do instrumento aos familiares dos utentes, em virtude destes serem também clientes (quem paga os serviços) nas situações em que o utente é apenas consumidor do serviço de reabilitação.

Sugerimos ainda o alargamento do estudo a nível nacional, onde se inclua tanto instituições públicas como privadas para comparação de resultados. Seria igualmente

interessante expandir internacionalmente o estudo, a fim de comparar a realidade do nosso país com outros que são referência internacional em reabilitação, como é o caso de Cuba (Havana) e Espanha (Barcelona). Isto permitiria avaliar a qualidade no sector da saúde em contextos distintos de gestão da qualidade, em virtude de os países anteriormente mencionadas terem uma grande preocupação com o turismo da saúde, ainda muito pouco explorado em Portugal na área da reabilitação (física-motora).

6. Referências Bibliográficas

- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58(3), 53-66. doi: 10.2307/1252310
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143. doi: 10.1287/mksc.12.2.125
- Arbuckle, James. (2011). *IBM SPSS AMOS 20 User's guide*. Chicago, IL: IBM.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Bolton, R. N., & Drew, J. H. (1991). A multistage model of customers assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 375-384. doi: 10.1086/208564
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49. doi: 10.1509/jmkg.65.3.34.18334
- Brady, M. K., Cronin, J. J., & Brand, R. R. (2002). Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of Business Research*, 55(1), 17-31. doi: 10.1016/s0148-2963(00)00171-5
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality - an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218. doi: 10.1016/s0022-4359(00)00028-2
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality - a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68. doi: 10.2307/1252296
- Cronin, J. J., & 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. doi: 10.2307/1252256
- Decreto-Lei 140/2004 de 8 de Junho. (2004). *Diário da República n.º 134 - Série I-A*. Lisboa: Ministério da Economia.
- Deming, William Edwards. (2000). *Out of the crisis*. Massachusetts: Cambridge, Mass: MIT, CAES.

- Fontes, Ana Paula, Fernandes, Ana Alexandre, & Botelho, Maria Amália. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70008-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70008-0)
- Fragata, José. (2009). Gestão do risco. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal (Eds.), *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das letras.
- Granger, C, Hamilton, B, Davis, K, Sonik, S, Forer, S, Glass, R, . . . Zollar, C. (1990). Uniforme data system for medical rehabilitation (Laíns, Jorge, Trad.). Baffalo: State University or New York.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, 48(3), 233-246. doi: 10.1016/s0148-2963(98)00089-7
- Lindon, Denis, Lendrevie, Jacques, Lévy, Julien, Dionísio, Pedro, & Rodrigues, Joaquim. (2008). *Mercator XXI: Teoria e prática do marketing* (11 ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Marôco, João. (2010). *Análise de Equações Estruturais - Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Martins, Eduardo. (2013). *Qualidade do serviço*. Porto: Vida Económica - Editorial, SA.
- Nunnally, Jum C., & Bernerth, Ira H. (1994). *Psychometric theory* (3 ed.). New York: McGraw-Hili, Inc.
- Oliver, R. L. (1999). Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33-44. doi: 10.2307/1252099
- Ottenbacher, K. J., Hsu, Y. W., Granger, C. V., & Fiedler, R. C. (1996). The reliability of the functional independence measure: A quantitative review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(12), 1226-1232. doi: 10.1016/s0003-9993(96)90184-7
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual-model of service quality and its implications for future-research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50. doi: 10.2307/1251430
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL - A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58(1), 111-124. doi: 10.2307/1252255

- Pita Barros, Pedro. (2005). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (E. Almedina Ed.): Edições Almedina.
- Reis, Elisabeth. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada* (2ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Saias, Luís. (2007). *Marketing de serviço: qualidade e fidelização de clientes* Lisboa: Universidade Católica Editora.
- van der Putten, Jjmf, Hobart, J. C., Freeman, J. A., & Thompson, A. J. (1999). Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 66(4), 480-484. doi: 10.1136/jnnp.66.4.480
- Zeithaml, V. A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: What we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 67-85. doi: 10.1177/0092070300281007
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46. doi: 10.2307/1251929
- Zeithaml, Valarie, Bitner, Mary, & Gremler, Dwayne. (2013). *Services Marketing: Integrating customer focus across the firm* (6 ed.). California: McGraw-Hill / Irwin.

Anexos

Anexo I – SERVPERF**Tangibilidade**

Item 1	XYZ tem equipamentos modernos
Item 2	XYZ tem instalações físicas visualmente atractivas
Item 3	Os colaboradores do XYZ têm uma aparência cuidada
Item 4	XYZ tem instalações físicas adequadas ao serviço que presta

Fiabilidade

Item 5	XYZ quando promete fazer algo coisa em determinado tempo, cumpre
Item 6	Quando tem um problema, os colaboradores do XYZ resolvem de forma simpática e reconfortante
Item 7	XYZ é de confiança
Item 8	XYZ presta os serviços no tempo prometido
Item 9	XYZ possui registos precisos/exactos

Capacidade de resposta

Item 10	Os colaboradores do XYZ informam exactamente quando os serviços serão prestados
Item 11	Os colaboradores do XYZ fornecem um rápido atendimento
Item 12	Os colaboradores do XYZ estão sempre dispostos a ajudar
Item 13(R)	Os colaboradores do XYZ estão demasiadamente ocupados para responderem prontamente aos pedidos dos clientes

Segurança

Item 14	Os colaboradores do XYZ são de confiança
Item 15	Sente-se seguro na interacção com os colaboradores do XYZ
Item 16	Os colaboradores do XYZ são educados
Item 17	Os colaboradores do XYZ têm suporte adequado do XYZ para realizar bem as suas funções

Empatia

Item 18	XYZ disponibiliza uma atenção individualizada ao cliente
Item 19(R)	XYZ não tem horários convenientes para todos os clientes
Item 20	Os colaboradores do XYZ dão uma atenção personalizada
Item 21	XYZ tem como objectivo responder aos interesses do cliente
Item 22	Os colaboradores do XYZ conhecem as necessidades dos clientes

(R) – Resposta revertível; XYZ – Designação da organização.

Anexo II – Consentimento informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigadora: Sofia Farias Dehanov, enfermeira mestranda em Gestão de Empresas na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), a exercer funções [REDACTED]

Título da Investigação: “A percepção de qualidade do serviço numa organização de saúde de reabilitação”

Objectivo: Conhecer a percepção de qualidade e satisfação do utente do [REDACTED] pelo questionário SERVPERF, por forma perceber as suas necessidades e contribuir para melhoria continua.

Método: Aplicação de questionário SERVPERF por via telefónica (com a finalidade de obter uma maior taxa de resposta e reduzir o tempo de recolha de dados) – entrevista, onde a investigadora após consentimento informado oral, irá ler o questionário e preenche-lo de acordo com as resposta ouvidas.

Confidencialidade: Todos dados serão tratados de forma confidencial e anónima.

Participação: A participação será voluntária, podendo o utente desistir em qualquer momento, sem afetar a sua relação com a instituição. Se o utente pretender, ser-lhe-á enviado um cópia deste documento.

Contacto: [REDACTED]

Eu, _____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a investigadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Consinto participar no estudo ☐

Não consinto participar no estudo ☐

Assinale com um X, a sua decisão.

Assinatura do Utente¹: _____

Investigadora: _____

Data: ____/____/____

¹ Por a colheita de dados ser efectuada telefonicamente, não havendo contacto presencial, o consentimento informado foi obtido oralmente.

Anexo III – Modelo de medida (Output SPSS Amos)

